

# Redactioneel

## Public Health in Haaglanden

Een week geleden sprak ik in de trein met een arts in opleiding. Het loopbaantraject was al helemaal uitgestippeld, een snijdend beroep zou het worden, hartchirurgie. Op mijn vraag waardoor deze keus werd bepaald, was het argument dat het er toe deed (het ging om leven en dood) en het goed betaalde.

Vanzelfsprekend was dit een uitzondering en niet exemplarisch voor alle studenten geneeskunde. Op mijn vraag of de persoon in kwestie ook had gedacht aan een betrekking in de Public Health kreeg ik eerst een wazige blik. Het duurde even en vervolgens bleef het toch stil. Tja en daar zit je dan, laat je zoiets lopen of niet?

Ik trok de stoute schoenen aan. Een schets van de hedendaagse actualiteit in Haaglanden leverde echter niet een meer energieke blik op. Op wat doorvragen (ik geef natuurlijk niet zomaar op) bleek dat veel inspanning om zinvolle dingen te doen ook niet echt de bedoeling was. Wat doe je in zo'n geval?

Je pakt uit met de inhoud van het komende bulletin. Vanuit de geneeskunde je bemoeien met andere sectoren in de samenleving. Ligt daar niet de echte uitdaging en is dat niet wat er (ook) echt toe doet? Het voorliggende nummer zit vol met van die dwarsverbindingen.

Het artikel over verhoogd risico op schizofrenie bij etnische minderheden heeft raakvlakken met onze collega's van stedelijke ontwikkeling en planologie en uiteraard met de psychologen en sociologen onder ons. Sterker nog, dat een dergelijk maatschappelijk probleem politieke aandacht krijgt blijkt wel uit de reactie van onze wethouder. Het artikel over het gebruik van chloor bij schoonmaak in huis heeft alles te maken met de huisarts-geneeskunde en milieukunde. De opzet van het onderzoek naar diabetes bij Hindostanen raakt direct aan het werk van de collega's die zich bezig houden met voeding en beweging en het cultuurspecifiek interveniëren. En het artikel over palliatieve zorg legt de verbinding tussen de diverse zorgverleners die een rol spelen in de laatste fase van het leven. Ook het stuk 'Groepswonen voor ouderen' maakt duidelijk dat Public Health zich over de grenzen van de zorg beweegt. Tenslotte liet het OGGZ-symposium van afgelopen september eens te meer zien dat Public Health geen stoffige aangelegenheid is, maar een domein waar wetenschap en praktijk elkaar zeer nodig hebben. Gaandeweg mijn betoog werd de blik in de ogen helderder. Sterker nog, toen ik over HPV, centra voor jeugd en gezin, de regionale ambulancevoorziening en Influenza begon, nam het energieniveau van deze dokter in spee zienderogen toe. Ik hoop dat ik de vragen die me werden gesteld naar tevredenheid heb beantwoord. Wellicht dat we binnenkort een nieuwe collega in onze sector mogen verwelkomen. Public Health in Haaglanden kan een echte uitdaging zijn.

# Verhoogd risico op schizofrenie bij etnische minderheden - verklaringen en implicaties

*W.A. Veling*

Schizofrenie is een ernstige psychiatrische stoornis, die door de Wereld Gezondheidsorganisatie tot de tien aandoeningen met de zwaarste ziektelast wordt gerekend (1). Het is een syndroom dat wordt gekenmerkt door psychotische symptomen zoals wanen en hallucinaties, maar ook door problemen met geheugen en concentratie, en het verlies van het vermogen initiatief te nemen, te plannen en emoties te voelen. Deze symptomen kunnen chronisch aanwezig zijn, waardoor mensen vaak niet goed in staat zijn voor zichzelf te zorgen, te werken en relaties te onderhouden. Schizofrenie is daarmee niet alleen een drama voor mensen die er zelf mee te maken krijgen en voor hun families, maar kost de samenleving ook erg veel geld. In 2005 waren de directe gezondheidszorgkosten voor schizofrenie 517 miljoen euro (2).

De afgelopen decennia werden er verontrustende cijfers gepubliceerd over het voorkomen van schizofrenie bij etnische minderheden in Groot-Brittannië en Scandinavië. In die landen hadden immigranten een gemiddeld drie keer hoger risico om schizofrenie te krijgen dan de autochtone bevolkingen (3). Vanwege deze signalen is vanaf 1997 in Den Haag een serie onderzoeken uitgevoerd om te zien of etnische minderheden hier ook vaker met schizofrenie te maken krijgen. Onderstaand artikel gaat in op de bevindingen uit deze onderzoeken en op mogelijke sociale en culturele verklaringen voor een verhoogd risico op schizofrenie bij etnische minderheden.

## Vóórkomen van schizofrenie in Den Haag

Om het voorkomen van schizofrenie in Den Haag te onderzoeken werden alle mensen tussen 15 en 54 jaar die zich waar dan ook in de stad voor het eerst bij een arts meldden met psychotische symptomen, geïdentificeerd en gediagnosticeerd (4). Er was een intensieve samenwerking met huisartsen, psychiaters en arts-assistenten om de studie mogelijk te maken. Patiënten met een mogelijke psychose werden benaderd voor een anderhalf uur durend diagnostisch interview (de Comprehensive Assessment of Symptoms and History). Ook werd een uitgebreid interview afgenomen bij hun familie (het Interview for Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia). Met behulp van de informatie uit deze interviews en gegevens van behandelend artsen werd een diagnostisch verslag geschreven, op basis waarvan twee psychiaters een diagnose vaststelden. Als mensen niet konden of wilden meewerken met een interview werd de diagnose gesteld aan de hand van geanonimiseerde informatie uit het patiëntendossier. In de eerste vier jaren van de onderzoeksperiode werden 229 patiënten met schizofrenie gevonden (4). Er waren 22 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners

per jaar, een gemiddelde incidentie voor een stedelijk gebied. In tabel 1 wordt het risico op schizofrenie weergegeven voor niet-westerse etnische minderheden ten opzichte van autochtone Nederlanders. Dit was statistisch significant verhoogd voor immigranten uit Marokko, Suriname, en Overige niet-westerse landen. Opvallend was dat er grote verschillen tussen etnische groepen waren. Terwijl Marokkanen tot bijna zes keer vaker schizofrenie kregen dan autochtone Nederlanders, hadden immigranten uit de Nederlandse Antillen, Turkije en uit westerse landen niet of nauwelijks een hoger risico.

Het internationale patroon van grote problemen met schizofrenie in sommige etnische minderheden werd in Den Haag dus teruggevonden. Extra zorgelijk was dat het risico voor tweede-generatie immigranten niet lager was dan voor eerste-generatie immigranten.

## Foute diagnoses en verschillen in symptomen

De dringende vraag was natuurlijk hoe dit verhoogde risico op schizofrenie te verklaren is. Volgens sommige critici is het allemaal een misverstand. Westerse psychiaters zouden uit onwetendheid uitspraken en gedragingen van niet-westerse mensen als psychotisch

Over de auteur:

Dr. W.A. Veling is psychiater en epidemioloog bij Parnassia Psycho-medische zorg, Centrum Eerste Psychose, in Den Haag.  
E-mail: w.veling@parnassia.nl.

Tabel 1.

Relatieve risico's voor schizofrenie bij etnische groepen in Den Haag, 1997-2002.

Etnische groep	Relatieve Risico (95 % BI) <sup>b</sup>	
	Eerste generatie	Tweede generatie
Immigranten, totaal	2.3 (1.7-3.0)	2.5 (1.7-3.7)
Marokko	4.0 (2.5-6.3)	5.8 (2.9-11.4)
Suriname	2.6 (1.7-4.0)	2.9 (1.6-5.0)
Nederlandse Antillen	1.9 (0.8-4.6)	1.4 (0.2-10.4)
Turkije	1.4 (0.7-2.6)	2.3 (1.0-5.4)
Overig niet-westers <sup>c</sup>	2.2 (1.4-3.5)	3.5 (1.8-6.8)
westers <sup>d</sup>	1.2 (0.5-2.5)	1.6 (0.7-3.7)
Nederland <sup>e</sup>	1.0	1.0

<sup>b</sup> Incidence Rate Ratio met 95% Betrouwbaarheids Interval, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

<sup>c</sup> Land anders dan d en e.

<sup>d</sup> West-, Noord-, of Zuid-Europa, de VS, Canada, Australië, Nieuw Zeeland, Japan of Israël.

<sup>e</sup> Geboren in Nederland en beide ouders geboren in Nederland.

bestempelen, terwijl die in hun cultuur passend zijn. Ook zouden psychiaters vooroordelen over etnische minderheden kunnen hebben, waardoor de mensen uit die groepen eerder de diagnose schizofrenie geven. In het onderzoek in Den Haag is geprobeerd met deze mogelijkheden rekening te houden. De eerste twee jaren werd de diagnostiek 'blind voor etniciteit' gedaan, dat wil zeggen dat uit de diagnostische verslagen alle aanwijzingen voor etnische herkomst verwijderd waren, zodat de eventuele etnische vooroordelen van psychiaters geen rol konden spelen. In de latere jaren van het onderzoek werd juist wel etnische informatie gegeven, om zo culturele kleuring van uitspraken en gedrag mee te laten wegen in de diagnostiek. Ook werd steeds aan familie gevraagd of zij bepaalde symptomen vonden passen in hun cultuur of niet. Er bleken geen grote verschillen te zijn tussen de twee manieren van diagnosticeren in de mate van verhoogd risico op schizofrenie bij immigranten. Wel waren er verschillen in symptomen tussen etnische groepen. Immigranten uit Marokko hadden niet alleen het hoogste risico op schizofrenie, Marokkaanse patiënten hadden ook ernstiger symptomen dan Nederlandse patiënten en presenteerden zich vaker met achtervolgingswanen, depressie, bizar gedrag en visuele hallucinaties (5). Deze verschillen in symptomen illustreren de invloed van culturele achtergrond op het tot uiting komen van psychiatrische problemen. In niet-westerse culturen zijn visuele hallucinaties meer geaccepteerd dan in de westerse Nederlandse cultuur en zullen daarom gemakkelijker worden gemeld. Ook wordt de Berber

cultuur (in Den Haag hebben verreweg de meeste Marokkanen een Berber achtergrond) in antropologische studies omschreven als behoedzaam en wantrouwend (6), hetgeen wellicht gereflecteerd is in de grotere prevalentie van achtervolgingswanen. Cultuur is echter niet de enige factor die meespeelt in symptoomverschillen. Recent ontwikkelde cognitief-psychologische modellen laten zien dat sociale factoren een oorzakelijke rol kunnen spelen in het ontstaan van psychose. Negatieve sociale ervaringen leiden vaak tot negatieve cognities over de wereld en over jezelf (7). Je denkt dat alles tegen zit, mensen het je moeilijk maken, of je vindt dat je het zelf niet goed doet, tekort schiet. Bij een bestaande (genetische) kwetsbaarheid voor psychose zouden deze cognities kunnen uitgroeien tot achterdocht en achtervolgingswanen en tot somberheid en depressie, juist de symptomen die in prevalentie het meest verschillen tussen Marokkaanse en Nederlandse patiënten met schizofrenie (5).

Het was dus de moeite waard om verder te zoeken naar sociale en culturele factoren als verklaring voor het verhoogde risico op schizofrenie bij etnische minderheden.

#### Sociale context

In de Haagse incidentiestudie was het mogelijk de invloed van de dagelijkse sociale omgeving op het voorkomen van schizofrenie verder te onderzoeken. Het bleek belangrijk waar mensen woonden in de stad: het verhoogde risico bij etnische minderheden hing sterk samen met het percentage mensen van de

### 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 (schizofrenie) gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt (geen schizofrenie). 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.

### Incidentie en IRR

De incidentie is gedefinieerd als het aantal nieuwe gevallen van schizofrenie per jaar, per aantal van de bevolking (in dit geval per 100.000 inwoners). Incidence Rate Ratios worden in dit onderzoek berekend als de verhouding tussen de incidentie van schizofrenie in verschillende etnische minderheidsgroepen en de incidentie in de autochtone bevolking.

eigen etnische groep in de woonwijk (8). Vergeleken met autochtone Nederlanders was de incidentie het meest verhoogd bij immigranten die in wijken woonden waar hun eigen etnische groep een relatief klein deel van de bevolking uitmaakte. In wijken met een lage etnische dichtheid hadden immigranten een duidelijk verhoogd risico (IRR, 2.36; 95% CI, 1.89-

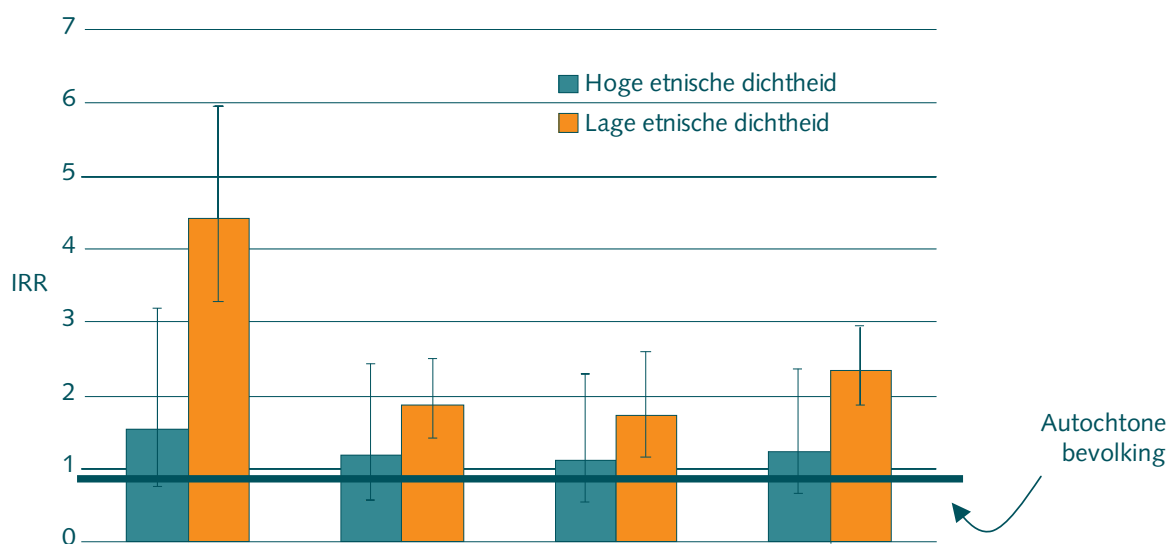
2.95), terwijl de incidentie niet significant hoger was dan onder autochtone Nederlanders in wijken met een hoge etnische dichtheid (IRR, 1.25; 95% CI, 0.66-2.37) (figuur 1).

Opvallend is dat sociaal-economische achterstand geen goede verklaring was voor het verhoogde risico. Immers, de wijken met de hoogste etnische dichtheid (Schildersbuurt en Transvaalkwartier) zijn de wijken met de grootste achterstand, terwijl etnische minderheden daar juist geen hoger risico hadden. Een mogelijke verklaring voor de resultaten is dat mensen met een migrantenachtergrond in wijken waarin ze met veel anderen van hun eigen groep wonen minder last hebben van discriminatie, of meer sociale steun hebben, waardoor negatieve ervaringen minder impact hebben.

Inderdaad, de incidentie van psychotische stoornissen varieerde bij etnische groepen met de mate van ervaren discriminatie. Met behulp van gegevens uit een bevolkingsonderzoek (9) en aantallen meldingen van discriminatie bij het Bureau Discriminatiezaken in Den Haag (10) werden de etnische groepen als volgt ingedeeld naar mate van ervaren discriminatie: hoog (Marokko), medium (Nederlandse Antillen, Suriname, Overige niet-westerse landen), laag (Turkije), of heel laag (westerse landen). Hoe meer etnische groepen discriminatie rapporteerden, hoe hoger de incidentie van schizofrenie in die groepen was, onafhankelijk van sociaal-economische achterstand van de wijk (figuur 2).

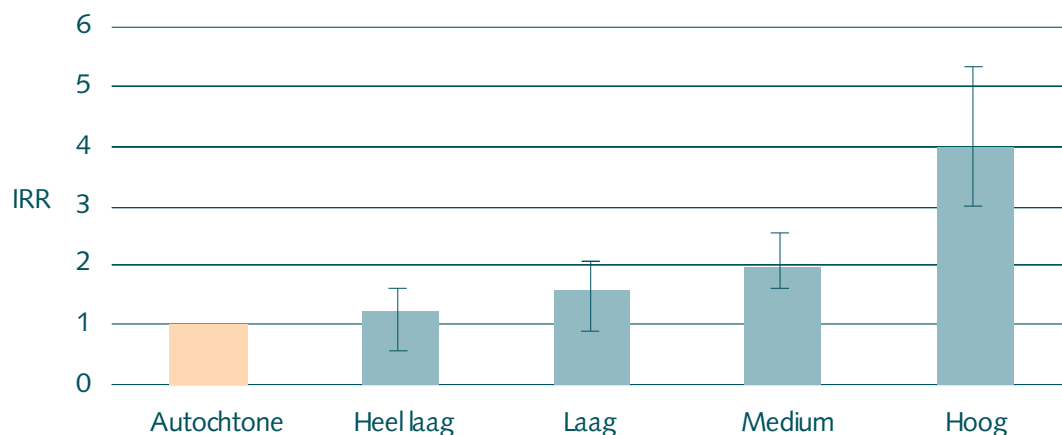
**Figuur 1.**

*Relatieve risico's van schizofrenie bij etnische groepen in relatie tot etnische dichtheid.*



**Figuur 2.**

*Mate van ervaren discriminatie door etnische groepen en relatieve risico's van schizofrenie.*



#### **Patiënt-controle onderzoek**

Sociale factoren op het niveau van de wijk (etnische dichtheid) en de etnische groep (ervaren discriminatie) waren dus sterk geassocieerd met de incidentie van psychotische stoornissen. Om te onderzoeken of vergelijkbare sociale en culturele factoren ook op individueel niveau mogelijke risicofactoren voor schizofrenie zijn, werd vervolgens een patiënt-controle studie van de eerste episode van schizofrenie in niet-westerse etnische minderheidsgroepen uitgevoerd. Honderd patiënten werden vergeleken met 63 gezonde broers en zussen en met 100 voor leeftijd, geslacht en etnische groep geselecteerde controlepersonen afkomstig van de poliklinieken Heelkunde en Interne Geneeskunde van een algemeen ziekenhuis (MCH Westeinde). Deelnemers werden geïnterviewd over hun situatie in de periode voorafgaand aan hun ziekte, waarbij gestructureerde, transcultureel gevalideerde vragenlijsten werden afgenomen over (onder andere) ervaren discriminatie, etnische identiteit en acculturatiestrategieën.

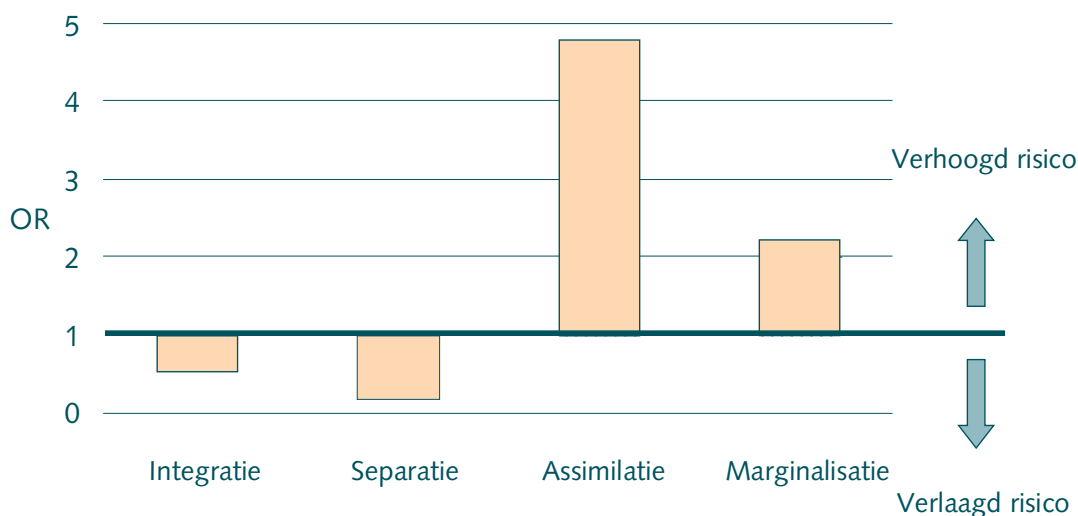
Individuele die schizofrenie hadden gekregen, rapporteerden een wat hogere mate van ervaren discriminatie in het jaar voorafgaand aan het begin van de ziekte (52%) dan hun broers en zussen (42%) en de controlepersonen in het MCH (42%), maar deze verschillen waren niet statistisch significant (11). Ervaren discriminatie op groepsniveau, die zoals hierboven beschreven wel is geassocieerd met de incidentie van schizofrenie, reflecteert misschien andere aspecten van discriminatie dan door individuen persoonlijk ervaren discriminatie, zoals het bewust zijn van stigma's en negatieve etnische stereotypen. Er waren wel grote verschillen in de manier waarop mensen zich identificeerden met hun etnische afkomst en met Nederland. Een negatieve identificatie met

iemands eigen etnische groep was een sterke voorspeller van schizofrenie (12). Individuen die schizofrenie hadden gekregen, identificeerden zichzelf minder vaak en minder positief met hun eigen etnische groep in het jaar voorafgaand aan het begin van de ziekte dan de controlepersonen. Zij die hun identiteit grotendeels ontleenden aan het Nederlands zijn (geassimileerde identiteit) hadden een bijna vijf keer grotere kans op schizofrenie, terwijl een gesepareerde identiteit, gedefinieerd als een positieve identificatie met de eigen etnische groep maar niet met de Nederlandse meerderheidsgroep, was geassocieerd met een lager risico op schizofrenie (figuur 3).

Uit sociaal-psychologisch onderzoek is bekend dat het positieve zelfbeeld en de sociale identiteit van leden van minderheidsgroepen bedreigd worden door hun status als minderheid (13). Individuen kunnen daarop reageren door a) hun minderheidsgroep te verlaten en zich aan te sluiten bij de meerderheidsgroep en b) zich juist te onderscheiden als minderheid door relevante karakteristieken als positief te benoemen (zoals de 'Black is beautiful' beweging in de Verenigde Staten) (14). Voor etnische minderheidsgroepen is het moeilijk om aansluiting te vinden bij de meerderheid, omdat autochtone populaties immigranten en hun kinderen niet zonder meer accepteren (14). Dit blijkt de laatste jaren ook in Nederland duidelijk, getuige bijvoorbeeld de hoge prevalentie van ervaren discriminatie in het hier beschreven onderzoek. Strategie a) levert derhalve veel sociale stress op. Bij mensen die daarvoor (genetisch) kwetsbaar zijn zou deze sociale stress kunnen leiden tot een psychose, passend bij de bevinding van een negatieve etnische identiteit als risicofactor voor schizofrenie. Strategie b) geeft een sterke oriëntatie op de eigen etnische

**Figuur 3.**

Risico op schizofrenie per identiteitscategorie, patiënten vergeleken met ziekenhuiscontroles.



afkomst, passend bij een gesepareerde identiteit, die in het huidige onderzoek een lager risico op schizofrenie gaf.

#### Beperkingen

Bij het interpreteren van de bevindingen moet rekening worden gehouden met de beperkingen van de onderzoeken. Een beperking is dat alleen de mensen konden worden onderzocht die in zorg kwamen voor schizofrenie. Hoewel het overgrote deel van mensen met schizofrenie wel in behandeling komt door de ernst van de symptomen, is het mogelijk dat de resultaten enigszins vertekend zijn doordat etnische minderheden, vooral in bepaalde wijken, minder snel in zorg komen dan autochtonen. Voor zover dat kon worden nagegaan leek dit echter geen grote rol te spelen. Bij het patiëntcontrole onderzoek is een belangrijke beperking dat mensen pas onderzocht werden toen ze al schizofrenie hadden. De interviews gingen weliswaar over de periode voorafgaand aan de ziekte, maar het is mogelijk dat vroege symptomen van de ziekte of vertekening van herinneringen door de ziekte, de antwoorden hebben beïnvloed. Oorzaak en gevolg van ziekte zijn daardoor niet altijd gemakkelijk uit elkaar te halen.

#### Implicaties voor behandeling en beleid

Ondanks deze beperkingen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het verhoogde risico op schizofrenie bij etnische minderheden wordt beïnvloed door sociale en culturele factoren op verschillende niveaus, waaronder de wijk, de etnische groep en het individu. Om het probleem van het verhoogde risico op te lossen zullen dan ook interventies uitgedacht moeten worden

die ingrijpen op al deze niveaus.

#### Individu

Sociale identiteitsontwikkeling is een belangrijk aanknopingspunt. Hoe kunnen kinderen en jongeren leren om een positieve en sterke identiteit op te bouwen terwijl ze in twee culturen opgroeien en te maken krijgen met een minderheidspositie? Hoe om te gaan met negatieve sociale ervaringen als discriminatie, afwijzing en uitsluiting? Deze thema's zouden in de behandeling van schizofrenie een plaats kunnen krijgen, maar ook in preventieprojecten, om psychische problemen te voorkómen.

#### Gezin

Identiteitsontwikkeling vindt, zeker op jongere leeftijd, voor een belangrijk deel in het gezin plaats. Het opvoeden van kinderen in een biculturele context is echter niet eenvoudig. Psychische en gedragsproblemen bij tweede-generatie Marokkaanse kinderen zijn in onderzoek geassocieerd met verminderde affectie en steun in het gezin en met het ontbreken van ouderlijk toezicht (15). Het ondersteunen van ouders in de opvoeding zou daarom een bijdrage kunnen leveren aan de psychische gezondheid van de kinderen.

#### Wijk

Etnische dichtheid, die gerelateerd was aan het voorkomen van schizofrenie, is wellicht een representatie van sociale steun. Het stimuleren van onderlinge sociale steun in de wijk zou de toegang tot sociale hulpbronnen voor mensen kunnen vergroten (dit wordt ook wel sociaal kapitaal genoemd), waardoor ze

beter kunnen omgaan met negatieve sociale ervaringen en gebeurtenissen. Sociaal kapitaal heeft niet alleen te maken met schizofrenie, maar is ook geassocieerd met depressie en andere aspecten van psychische gezondheid (16).

#### Etnische groep

Een proactieve rol van etnische minderheidsgroepen zelf is nodig om hun positie in de maatschappij in positieve zin te beïnvloeden. Ook hebben jongeren rolmodellen uit hun eigen groep nodig, die als voorbeeld kunnen dienen voor het ontwikkelen van een positieve identiteit (17).

#### Conclusies

De incidentie van schizofrenie is verhoogd bij verschillende groepen eerste- en tweede-generatie immigranten. Met name mensen met een Marokkaanse achtergrond hebben een grotere kans om schizofrenie te krijgen. Dit verhoogde risico kan grotendeels worden begrepen door de sociale en culturele context waarin zij leven. Het verhoogde risico lijkt bepaald te worden door factoren op verschillende niveaus, waaronder de wijk, de etnische groep en het individu. In het bijzonder lijkt het risico op schizofrenie te worden verhoogd door het behoren tot een etnische groep die een hoge mate van discriminatie ervaart, en door het hebben van een negatieve identificatie met de eigen etnische groep. Deze factoren vertegenwoordigen mogelijk een situatie van chronische sociale stress, die schizofrenie zou kunnen veroorzaken bij individuen met een (genetische) kwetsbaarheid voor de ziekte. Leven in een wijk met veel andere leden van de eigen etnische groep was geassocieerd met een lager risico op schizofrenie, evenals het hebben van een eenzijdige sterke oriëntatie op de eigen etnische groep (een gesepareerde identiteit). Deze factoren zouden sociale stress kunnen verminderen of voorkomen. Geconfronteerd met discriminatie en andere negatieve sociale ervaringen lijkt het essentieel voor eerste- en tweede-generatie immigranten om een positieve identificatie met hun eigen etnische groep te behouden en om positief onderscheid te zoeken van de meerderheidsgroep.

#### Literatuur

1. Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*. 1999;354:111-15.
2. Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2005. Bilthoven: RIVM;2005.
3. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:12-24.
4. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*. 2006;86:189-93.
5. Veling W, Selten JP, Mackenbach JP, Hoek HW. Symptoms at first contact for psychotic disorder: Comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophrenia Research*. 2007;95:30-8.
6. van Gemert F. Everybody for himself. Opportunities, culture and criminality of Moroccan boys. Amsterdam: PhD thesis, University of Amsterdam, Het Spinhuis; 1998.
7. Garety P, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington P. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*. 2001;31:189-95.
8. Veling W, Susser E, Van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:66-73.
9. Hoogsteder M, Schalk-Soekar S, Van de Vijver F. [Immigrants about the Netherlands in 2001]. Utrecht: Dutch Centre for Immigrants, NCB; 2001.
10. Kik J. [Annual figures of discrimination]. The Hague: Anti Discrimination Bureau Haaglanden;2006.
11. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43:953-59.
12. Veling W, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP. Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study. *Schizophrenia Bulletin*. published online 8 May, 2009.
13. Tajfel H, Turner J. An integrative theory of intergroup conflict. In: Hogg MA, Abrams D, eds. *Intergroup relations: essential readings*. Philadelphia, PA, USA: Psychology Press; 2001:94-109.
14. Ward C, Bochner S, Furnham A. Social identification theories. In: Ward C, Bochner S, Furnham A, eds. *The psychology of culture shock*. Hove, East Sussex: Routledge; 2001:98-121.
15. Stevens G. Mental health in Moroccan youth in the Netherlands. Rotterdam: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Erasmus MC; 2004.
16. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SRA. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59:619-27.
17. Eaton W, Harrison G. Life chances, life planning, and schizophrenia. A review and interpretation of research on social deprivation. *International Journal of Mental Health*. 2001;30(1):58-81.

# Schizofrenie, symptoom van maatschappelijke gespletenheid?

## Een reactie op het onderzoek van W. Veling

*Bert van Alphen, wethouder Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie gemeente Den Haag*

Schizofrenie is één van de meest ernstige psychiatrische aandoeningen met ingrijpende gevolgen voor zowel de patiënt als voor haar of zijn omgeving. Wim Veling constateert in zijn artikel, dat gebaseerd is op zijn promotieonderzoek (de situatie in Den Haag is specifiek onderzocht), dat ook in Den Haag migranten een verhoogde kans op deze ernstige psychiatrische aandoening hebben. In de Haagse Gezondheidsmonitor 2002 (p. 42) is reeds aandacht geschonken aan dit probleem. Het is daarom goed dat het onderzoek van Veling hieraan verdieping geeft. De uitkomst van zijn onderzoek is in lijn met een groot aantal onderzoeken dat in andere landen is gehouden en waar eveneens een verhoogd risico op schizofrenie bij migranten werd geconstateerd. Dit verhoogde risico kan niet worden verklaard door een hogere incidentie in het land van herkomst. Zo bleek bij onderzoek in het Verenigd Koninkrijk dat schizofrenie bij immigranten uit het Caraïbisch gebied vaker voorkwam dan bij de autochtone Britse bevolking, terwijl er geen verschillen werden geconstateerd tussen de autochtone Britse bevolking en de autochtone bevolking in het Caraïbische land van herkomst. Het ligt daarom in de rede te veronderstellen dat immigratie één van de verklarende variabelen is.

Bij het ontstaan van schizofrenie zijn, naast de genetische gevoeligheid, ook sociale en culturele factoren van belang, aldus Veling. Het verhoogde risico lijkt bepaald te worden door factoren op verschillende niveaus. In het bijzonder door 1) het behoren tot een groep die een grote mate van discriminatie ervaart en 2) door een negatieve identificatie met de eigen groep.

Deze factoren veroorzaken mogelijk een situatie van chronische stress, die schizofrenie naar voren zou brengen bij individuen met een (genetische) kwetsbaarheid voor deze ziekte.

Het onderzoek van Veling biedt ons een uniek inzicht in een specifieke situatie in Den Haag. In het verklaringsmodel van Veling speelt de sociale context, na migratie, een belangrijke rol. Het is een interessante hypothese, maar roept bij mij de vraag op of er geen sprake is van een mechanisme dat bij veel meer groepen met deze kenmerken voorkomt. Met andere woorden, hebben niet alle mensen uit groepen die gediscrimineerd en sociaal uitgesloten worden een verhoogde kans op schizofrenie? Het zou daarom interessant zijn om gegevens van nog meer groepen en hun sociale context te hebben. Den Haag is immers een internationale en multiculturele stad waar vele groepen met elkaar samen leven in een eigen sociale context. Naar mijn mening is de belangrijkste conclusie van dit onderzoek dat het hebben van een sociaal netwerk en een positieve identificatie met de eigen groep factoren lijken te zijn die sociale stress kunnen verminderen of voorkómen.

De komende tijd zullen we wat mij betreft dan ook een tweesporenbeleid volgen. In de eerste plaats samen met onderzoekers, zorgverleners en de bewonersgroepen proberen te doorgronden welke oorzaken ten grondslag liggen aan chronische sociale stress bij bepaalde groepen, en hoe deze te bestrijden. Daarover zal in januari /februari 2010 een Haagse werkconferentie plaatsvinden. Daarnaast is het goed het bestaande beleid te continueren, namelijk een beleid van tegengaan van discriminatie, bevorderen van gelijke kansen en verbeteren van sociale cohesie in wijken en groepen.



# Diabetes preventie project bij HindostAANse Surinamers in Den Haag



*E.M.A. Vlaar, I.G.M. van Valkengoed, V. Nierkens, M. Nicolaou, R. Lammers, B.J.C. Middelkoop, K. Stronks*

Het Epidemiologisch Bulletin heeft al meerdere malen aandacht besteed aan de hoge prevalentie van diabetes mellitus onder Hindostaanse Surinamers (1) (2). Hierbij werd ook beschreven dat diabetes juist bij Hindostanen ernstige complicaties geeft, waaronder hartinfarcten en beroertes, en dat het moeilijk is om diabetes bij Hindostanen goed onder controle te houden (3). In Amsterdam deed de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum (AMC) onderzoek onder inwoners van Surinaamse afkomst in Amsterdam Zuid-Oost naar diabetes en risicofactoren voor hart- en vaatziekten, de zogeheten SUNSET studie (4). Ook hier werden sterk verhoogde cijfers gevonden: de prevalentie van diabetes mellitus onder Hindostanen lag maar liefst vier maal zo hoog als onder de autochtone bevolking in dezelfde leeftijdsgroep (5). Hindostanen zijn gemiddeld jonger als ze diabetes mellitus krijgen en hebben ook een hoger risico op hart- en vaatziekten. Een interventie die diabetes mellitus kan uitstellen of voorkómen zou dan ook veel gezondheidswinst op kunnen leveren bij deze groep (6). Dit artikel beschrijft een grote interventiestudie die de komende jaren in Den Haag wordt uitgevoerd.

## Voorgeschiedenis

De GGD Den Haag heeft al verschillende campagnes gevoerd om het diabetesprobleem onder de aandacht te brengen van de Hindostaanse bevolking en om een gezond leefpatroon te stimuleren (7) (8). Uit evaluaties kwam het beeld naar voren dat er wel een duidelijke verbetering werd bereikt op het gebied van kennis en houding, vooral bij de jongere Hindostanen, maar dat het slechts beperkt was gelukt om gedragsverandering te bereiken (9).

Naar aanleiding van de bevindingen in het genoemde onderzoek in Amsterdam Zuid-Oost benaderde de afdeling Sociale Geneeskunde de GGD Den Haag met het voorstel om samen te werken in een interventiestudie, gericht op Hindostanen met een verhoogd risico op diabetes en hart- en vaatziekten. Gekozen is voor de leeftijdsgroep van 18 tot 60 jaar, omdat inmiddels duidelijk was geworden dat Hindostanen zelfs al onder de leeftijd van 30 jaar -de benedengrens van de in 1996 in Den Haag uitgevoerde prevalentiestudie- een verhoogd risico hebben.

Het doel van deze interventiestudie is om meer inzicht te krijgen in de vraag hoe het ontstaan van diabetes mellitus bij Hindostanen kan worden

uitgesteld of voorkómen. Als eerste stap in de studie is een screenings- en leefstijlprogramma ontwikkeld dat is afgestemd op deze doelgroep. In het screeningsgedeelte van het programma worden eerst Hindostanen geselecteerd bij wie op basis van bloedonderzoek geconcludeerd wordt dat ze een verhoogd risico hebben. Dit zijn Hindostanen bij wie een verhoogde suikerspiegel wordt gevonden tijdens een zogeheten orale glucose tolerantietest (OGTT; zie onder het hoofdje 'De screening'). Aan de Hindostanen bij wie aldus is vastgesteld dat zij een verhoogd risico hebben op het krijgen van diabetes wordt vervolgens een leefstijlinterventie aangeboden. De uitvoering van dit programma wordt begeleid met een gedegen evaluatieonderzoek om de effectiviteit ervan vast te stellen. De interventiestudie is in mei 2009 gestart en kreeg de naam 'Dh!aan'. Dhiaan betekent 'aandacht' en is tegelijk een acroniem: Diabetes preventie project bij HIndostAANse Surinamers in Den Haag. Het project wordt uitgevoerd door de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam, in samenwerking met de GGD Den Haag en het Leids Universitair Medisch Centrum.

## Over de auteurs:

E.M.A. Vlaar, MSc, dr. I.G.M. van Valkengoed, dr. V. Nierkens, dr. M. Nicolaou en R. Lammers, MSc, zijn als (senior)onderzoeker verbonden aan de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam; prof. dr. B.J.C. Middelkoop is senior epidemioloog, afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag en tevens hoogleraar Public Health aan het Leids Universitair Medisch Centrum; prof.dr. K.Stronks is hoogleraar Sociale Geneeskunde en verbonden aan de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam. E-mail: E.M.Vlaar@amc.uva.nl.

**Enkele afkortingen en begrippen**

Bio-impedantie	Een methode waarbij men een zwakke elektrische wisselstroom laat lopen door het lichaam om de elektrische weerstand te bepalen. Hiermee kan het percentage lichaamsvet worden geschat.
Dhiaan	Diabetes preventie project bij Hindostaanse Surinamers in Den Haag; tevens Sarnami voor 'aandacht'.
IFG	Impaired Fasting Glucose: de suikerspiegel in het bloed blijkt te hoog op het moment dat bloed wordt afgenomen in de nuchtere situatie.
IGT	Impaired Glucose Tolerance: de suikerspiegel in het bloed blijkt te hoog op het moment dat bloed wordt afgenomen twee uur na inname van een standaard hoeveelheid glucose.
Microalbuminurie	Aanwezigheid van eiwit in de urine, wijzend op mogelijke schade aan de nieren.
Motivational Interviewing	Een directieve methode waarbij de cliënt centraal staat en waarbij de intrinsieke motivatie om gedrag te veranderen wordt verhoogd door het exploreren en oplossen van de bij de patiënt aanwezige ambivalentie over zijn of haar gedrag.
OGTT	Orale Glucose TolerantieTest: een standaardtest om na te gaan of iemand diabetes of IFG en/of IGT heeft.
Random toewijzing	Louter door het toeval bepaalde toewijzing, bijvoorbeeld door het opgooien van een munt.
Randomized Controlled Trial (Afkort: RCT)	Onderzoeksopzet waarbij deelnemers random worden toegewezen aan de interventie- dan wel de controlegroep. De RCT wordt beschouwd als de gouden standaard om het effect van een interventie vast te stellen.

Het onderzoek is getoetst en goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het AMC.

**Opzet van het programma**

Het onderzoek wordt deels uitgevoerd in samenwerking met een aantal huisartspraktijken in Den Haag. Met behulp van de *huisartsenregistratie* selecteren de onderzoekers de Hindostaanse Surinamers. Daarna worden zij namens de huisarts uitgenodigd voor een *eerste screening*, welke bestaat uit de al genoemde OGTT, een lichamenlijk onderzoek en het invullen van een korte vragenlijst. Daarnaast worden deelnemers geworven middels posters in openbare gelegenheden. Zo kunnen ook Hindostaanse Surinamers die niet via de huisarts benaderd worden, meedoen aan deze screening.

De personen bij wie het glucosegehalte verhoogd is (diagnose IFG: 'Impaired Fasting Glucose' of IGT: 'Impaired Glucose Tolerance'; zie kader 1 voor uitleg van de afkortingen) worden uitgenodigd om mee te doen aan een *leefstijlinterventie*. Deelnemers worden via random toewijzing (zie kader 1) ingedeeld in een interventiegroep (aangepaste leefstijlinterventie) of een controlegroep (eenvoudige leefstijladviezen) om zo de effectiviteit van de aangepaste leefstijlinterventie te kunnen bepalen tijdens metingen na één jaar en na drie jaar. Uiteraard is deelname aan alle fasen van het

onderzoek vrijwillig. Voordat de leefstijlinterventie start worden er eerst aanvullende metingen gedaan, waaronder een tweede OGTT, een test op de aanwezigheid van eiwit in de urine ('microalbuminurie'; zie kader 1), een lichamenlijk onderzoek, een fitheidstest en een meer uitgebreide vragenlijst.

Een OGTT kan ook tot de conclusie leiden dat iemand vermoedelijk al diabetes heeft. Zo iemand wordt meteen naar de huisarts doorverwezen voor verdere diagnostiek en behandeling conform de NHG-standaarden. Deze mensen doen verder niet mee in dit onderzoek. Personen bij wie in het geheel geen afwijkende bloedsuikerwaarden worden gevonden bij de OGTT doen ook verder niet mee. Zij worden uitgenodigd voor een herscreening, die drie jaar na de eerste screening plaats zal vinden. Op deze manier krijgen we inzicht in de vraag hoe frequent voorheen gezonde Hindostanen diabetes mellitus krijgen.

**Waarom een leefstijlinterventie?**

Dat de kans op het krijgen van diabetes middels een leefstijlinterventie sterk kan worden verminderd bij mensen met een gestoorde glucosetolerantie, is overtuigend aangetoond in een beroemde Finse studie. Bij de mensen die aan de leefstijlinterventie

hadden deelgenomen daalde het risico op diabetes maar liefst met 58% (10). Ook in een Nederlandse interventiestudie is het belang van een gezonde leefstijl aangetoond (11). Misschien nog wel relevanter voor de Dhiaan-studie is een publicatie waaruit blijkt dat met een programma van leefstijlverandering ook bij inwoners van India met een gestoorde glucosetolerantie, een forse reductie is bereikt in het risico diabetes te krijgen (12). Bij een follow-up periode van gemiddeld twee en een half jaar bleek het risico met 28,5% te zijn gedaald in de interventiegroep, vergeleken met een controlegroep die de bestaande standaardzorg kreeg aangeboden. In dezelfde studie werd tevens een medicamenteuze interventie onderzocht: voorschrijven van het orale antidiabeticum metformine. Hiermee werd een vergelijkbare, zij het iets kleinere daling van het risico bereikt. Het combineren van een leefstijlinterventie met metformine bleek geen toegevoegde waarde te hebben.

Op basis van dergelijke literatuurbevindingen hebben de onderzoekers ervoor gekozen om in Dhiaan het effect van een leefstijlinterventie te onderzoeken. Of een leefstijlinterventie zinvol is hangt natuurlijk ook af van de beweeg- en voedingsgewoonten zoals die bestaan vóór de interventie en van de vraag of de doelgroep te motiveren is om waar nodig deze gewoonten aan te passen. Daarom zijn de studies in Finland en India en ook de studie onder autochtone Nederlanders weliswaar van belang, maar bewijzen zij nog niet dat een leefstijlinterventie succes zal hebben bij Hindostaanse inwoners van Den Haag. Daar zal de Dhiaan-studie het antwoord op gaan geven.

#### De screening

De screening van Hindostaanse Surinamers zal plaatsvinden op een locatie van de Stichting Huisartsen Laboratoria in Den Haag. In totaal zullen minimaal 6000 Hindostanen in de leeftijd van 18 t/m 60 jaar onder andere namens de huisartsen worden uitgenodigd om deel te nemen aan de screening. Potentiële deelnemers worden geselecteerd uit registraties van huisartsenpraktijken in Den Haag op basis van hun achternaam. Daarnaast kunnen personen van Hindostaans Surinaamse komaf zich ook vrijwillig aanmelden voor het onderzoek. Aan de deelnemers wordt gevraagd om nuchter te zijn op het tijdstip van de screening. Bij ontvangst op de locatie wordt hen gevraagd een toestemmingsverklaring te ondertekenen. Er zal gestart worden met een vingerprik en bloedafname voor de OGTT. Twee uur na inname van een 75 gram glucosedrankje wordt

#### Specifieke aspecten van de screening en leefstijlinterventie voor de Hindostaanse populatie

- De uitnodigingsbrief voor de screening wordt namens de huisarts gestuurd
- Een aanbevelingsbrief van een bekend figuur onder de Hindostaanse Surinamers (voormalig Miss Universe) wordt meegestuurd
- De projectnaam 'DHIAAN' betekent 'aandacht'
- Het project gebruikt kleuren uit de Surinaamse vlag in folder en logo
- De leefstijlinterventie is aangevuld met een familiebijeenkomst voor het creëren van steun voor het veranderen van de leefstijl
- Er is een krant ontwikkeld over het risico op diabetes voor deelnemers en hun familie in de stijl van Bollywood films
- De voedingsadvisering is gebaseerd op de Hindostaanse keuken en voedingsgewoonten
- Er komen kookbijeenkomsten waarbij er Hindostaans gekookt zal worden

nogmaals het bloedglucosegehalte bepaald. In de tijd dat de mensen moeten wachten wordt een vragenlijst afgenomen waarin vooral gevraagd wordt naar belangrijke kenmerken zoals leeftijd, geslacht en voorkomen van diabetes in de familie. Tevens worden enkele lichamelijke metingen gedaan, waaronder lengte, gewicht en buikomvang. Met behulp van de bio-impedantie methode (zie kader 1) wordt het percentage lichaamsvet bepaald.

Met de eerste bloedafname wordt nagegaan of de suikerspiegel in het bloed in de nuchtere situatie wel laag genoeg is. Met de tweede bloedafname wordt nagegaan of het lichaam de suikerspiegel in het bloed snel genoeg naar een normale waarde weet te krijgen. Als een van beide bepalingen te hoog uitvalt spreken we van een gestoorde glucosetolerantie. We duiden dit ook wel aan als prediabetes omdat bekend is dat dit duidt op een voorstadium van echte diabetes mellitus. Met de OGTT kunnen mensen dus worden ingedeeld in drie groepen: mensen die vermoedelijk diabetes hebben, mensen die vermoedelijk prediabetes hebben en mensen met een normale OGTT.

Deelnemers met een verhoogde bloedsuiker worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek naar de waarde van de leefstijlinterventie, waar - na toestemming voor randomisatie - nog een aanvullende meting zal plaatsvinden. Deze aanvullende meting is vergelijkbaar met de eerste screening, maar is aangevuld met een urinetest, controle op o.a. cholesterol,

een uitgebreide vragenlijst en een fitheidstest. Diegenen bij wie deze tweede OGTT opnieuw wijst op prediabetes, worden uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek naar de waarde van de leefstijl-interventie.

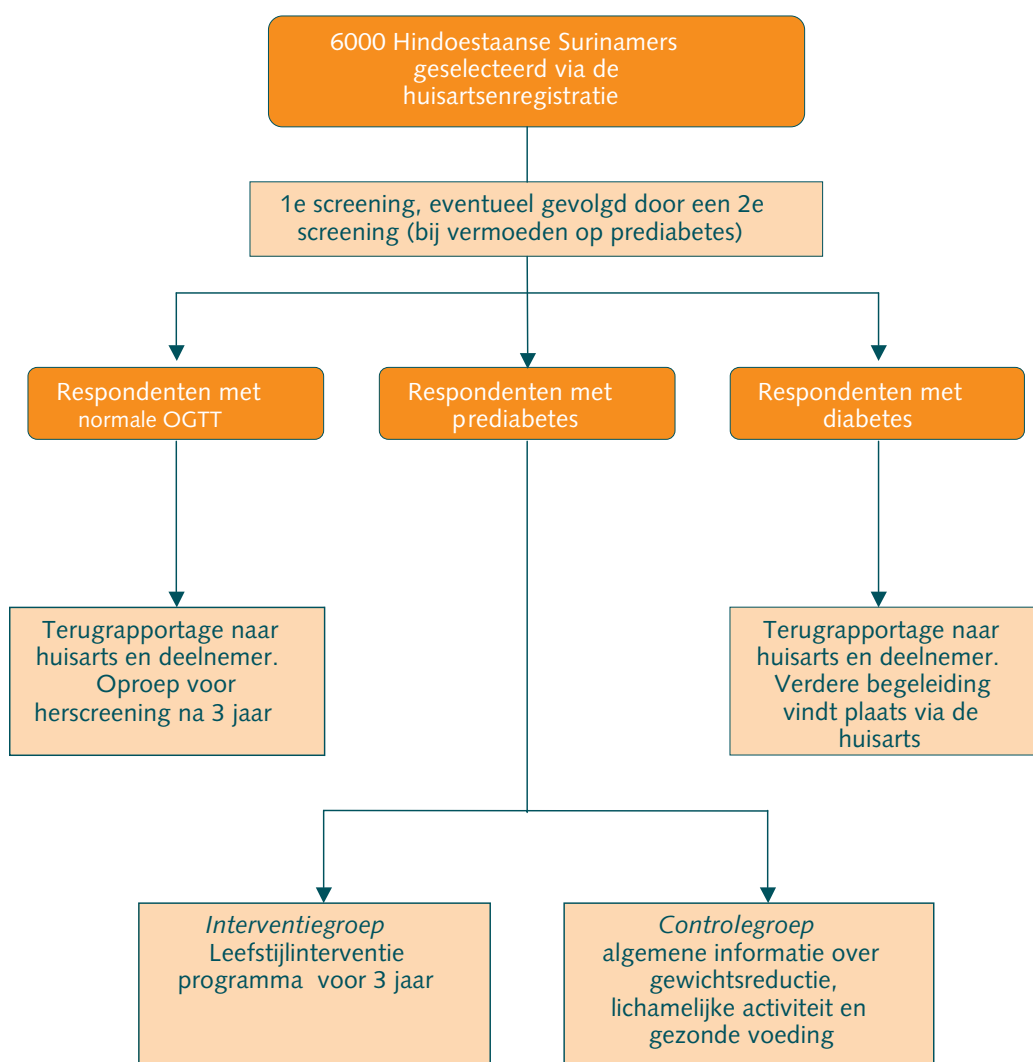
#### Randomized Controlled Trial

Deelnemers met een verhoogd glucosegehalte worden uitgenodigd om deel te nemen aan de interventie-studie met een looptijd van drie jaar. Nadat zij ook hiervoor een toestemmingsverklaring hebben getekend, zullen zij via random toewijzing (zie kader 1) worden ingedeeld in de interventiegroep of de controlegroep. De interventiegroep krijgt een leefstijlinterventie die bestaat uit een voedings- en beweeginterventie. De voedings- en beweegadviezen zijn aangepast aan de Hindostaanse populatie. De controlegroep ontvangt algemene leefstijladviezen over het belang van een gezond gewicht,

lichaamsbeweging en gezonde voeding. Met deze deelnemers zijn er slechts enkele (half)jaarlijkse contactmomenten. Met de interventiegroep zijn meer contactmomenten (zie onder). Daarnaast zijn er nog drie meetmomenten (de aanvullende meting bij aanvang en twee metingen na één en drie jaar), die voor zowel de interventie- als de controlegroep gelden. De interventie wordt tevens begeleid met een procesevaluatie waarin onder andere gekeken wordt hoe deelnemers de interventie ervaren en of de interventie wordt uitgevoerd zoals gepland.

#### Leefstijlinterventie

Het doel van de voedingsinterventie is verandering in dieet zodanig dat dit in overeenstemming is met de huidige voedingsadviezen. De voedingsinterventie bestaat uit individuele sessies waarbij Motivational Interviewing (zie kader 1) als adviseringsmethode wordt gebruikt. Deze individuele sessies worden





Illustratie: Mike van der Velden, uit de *Dhiaan-voorlichtingskrant*

aangevuld met een familiebijeenkomst, kooklessen en een krant. De familiebijeenkomst is bedoeld om de hele familie te betrekken bij de gewenste leefstijlverandering. Dit vergroot de kans dat bijvoorbeeld een gezonder eetpatroon daadwerkelijk wordt volgehouden. Bovendien is dat wat gezond is voor de deelnemer met prediabetes, ook gezond voor alle gezinsleden. De beweeginterventie bestaat uit deelname aan het al bestaande programma 'Bewegen Op Recept' van STIOM. De focus van dit programma is de participatie van de cliënt te verhogen door een aanbod van aangepaste activiteiten, in combinatie met het verhogen van de motivatie door middel van personal coaching. Tijdens de eerste maanden zullen de contactmomenten bij de voedings- en beweeginterventies intensief zijn. Daarna zijn de contacten minder frequent: halfjaarlijks tot jaarlijks.

#### Verwachte resultaten

De eerste resultaten worden over anderhalf jaar verwacht. Als de screening en de leefstijlinterventie (kosten)effectief worden bevonden, zullen suggesties voor implementatie worden gedaan.

#### Referenties:

1. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I en Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers; verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag* 1996;31(nr. 2):5-11.
2. Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28:1119-23.
3. Van der Poel BLWM. De moeilijk instelbare diabetespatiënt. *Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag* 2003;38(nr. 2):29-36.
4. Bindraban NR. The Cardiovascular Risk Profile of Hindustani and Creole Surinamese in the Netherlands compared to white Dutch people. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2007.
5. Bindraban NR, Van Valkengoed IGM, Mairuhu G, Holleman F, Hoekstra JBL, Michels BPJ, Koopmans RP en Stronks K. Prevalence of diabetes mellitus and the performance of a risk score among Hindustani Surinamese, African Surinamese and ethnic Dutch: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health* 2008;8:271.
6. Gezondheidsraad. Screening op type 2 diabetes. Gezondheidsraad, Den Haag, 2004.
7. Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Van Leeuwen FL, Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen: een interventieproject. *Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag* 1999;34(nr. 4):9-12.
8. Bree KIM, Roos ML, Van der Meer IM. Suikerziekte in de schijnwerpers. Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen. *Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag* 2003;38(nr. 1):24-6.
9. Van der Meer IM, Van Dijk AP. Veranderingen in kennis en gedrag bij Haagse Hindostanen gedurende een vierjarig preventieproject over diabetes. *Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag* 2006;4(nr. 4):11-6.
10. Tuomilehto J et al., voor de Finse Diabetes Preventie Studie Groep. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001;344:1343-50.
11. Mensink M, Feskens EJM, Saris WHM, De Bruin TWA, Blaak EE. Study on lifestyle intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): preliminary results after one year. *International Journal of Obesity* 2003;27:377-84.
12. Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia* 2006;49:289-97.

# Vijf jaar informatie en consultatie palliatieve zorg in de regio Haaglanden

*T. Leinders*

Vijf jaar geleden, in maart 2004, ging de Helpdesk Palliatieve Terminale Zorg Haaglanden van start (1). Tot dat moment waren er op verschillende plaatsen in het land consultatieteams actief, waar professionele zorgverleners - huisartsen, verpleegkundigen - terecht konden met vragen over de verzorging en behandeling van palliatieve patiënten. Het bijzondere aan de Haagse Helpdesk is dat ook mantelzorgers, familieleden en patiënten zelf er informatie kunnen krijgen over ondersteuning in de palliatieve fase. Dat wil zeggen de fase waarin bekend is dat iemand niet meer beter kan worden.

Dit artikel gaat kort in op de ontwikkelingen van de palliatieve zorg in Nederland en blikt terug op de ontwikkeling van de Helpdesk Haaglanden. Ook wordt aandacht besteed aan een onderwerp dat in die vijf jaar steeds belangrijker is geworden, de palliatieve sedatie.

## Ontwikkeling palliatieve zorg in Nederland

Palliatieve zorg is zorg voor mensen die niet meer beter kunnen worden. De zorg richt zich met name op de terminale fase. In de palliatieve terminale fase is de zorg niet meer gericht op genezen maar op het zo comfortabel mogelijk maken van de situatie voor de patiënt. Dat omvat het verlichten van lichamelijke problemen en ook aandacht voor de psychische, relationele en spirituele aspecten van het proces van aftakeling en afscheid nemen.

Deze zorg is ontstaan in de jaren zestig in Engeland. Nederland kent enkele bevlogen pioniers die zich veelal in Engeland hebben bekwaamd in palliatieve zorg. Pas eind jaren negentig kwam er in Nederland op grotere schaal aandacht voor palliatieve zorg. Minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wees in 1998 zes Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ) aan, die in vijf jaar tijd de nodige kennis over palliatieve zorg moesten ontwikkelen en verspreiden. Er kwamen COPZ'en in Groningen, Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen, Maastricht en Utrecht. De centra richtten consultatieteams voor palliatieve zorg op om artsen en verpleegkundigen te ondersteunen in de behandeling van patiënten in de palliatieve terminale fase. Deze consultatieteams bleken een succesvolle formule om kennis en deskundigheid over palliatieve zorg snel beschikbaar te stellen aan zorgverleners, die in hun dagelijks werk incidenteel met palliatieve terminale zorg te maken krijgen. Vanaf 2004 zijn de COPZ-

taken grotendeels overgedragen aan de Integrale Kankercentra. Onder hun verantwoordelijkheid is de afgelopen jaren een landelijk dekkend netwerk van consultatieteams palliatieve zorg ontstaan.

## Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden

### Ontstaan

Onder verantwoordelijkheid van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. boog een initiatiefgroep zich in 2002 over verbetering van de palliatieve zorg in de Haagse regio (Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer). Het Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Haaglanden werd gevormd en besloten werd om ook in de Haagse regio een consultatieteam op te richten (1). Daarnaast wilde de initiatiefgroep de informatievoorziening over palliatieve zorg verbeteren. Een onderzoek door het Regionaal Patiënten en Cliënten Platform (nu Zorgbelang Zuid-Holland) onder nabestaanden van palliatieve terminale patiënten had namelijk aangetoond dat patiënten en hun naasten veel moeite hadden om informatie te vinden over zorg en zorgmogelijkheden in de laatste levensfase. Eén en ander leidde in 2004 tot de start van een helpdesk met een consultatiefunctie voor zorgverleners en tevens een informatiefunctie voor iedereen die behoefte heeft aan informatie over palliatieve zorg.

Dit was de Helpdesk Haaglanden. Het team van de helpdesk bestond uit vier gespecialiseerde verpleegkundigen oncologie en medisch technisch handelen,

Over de auteur:

Truus Leinders is projectleider Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. en coördinator Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden.  
E-mail: t.leinders@tzdh.nl.

drie huisartsen, drie verpleeghuisartsen en drie apothekers. Consultatieteams waren in die jaren al op verschillende plaatsen in Nederland voorhanden, de informatiefunctie en de toegankelijkheid van de helpdesk, ook voor niet-zorgverleners, waren destijds uniek.

#### **Ontwikkeling consultatie**

De Helpdesk Haaglanden startte onder verantwoordelijkheid van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

De coördinator van de helpdesk werkt vanuit de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. en maakt deel uit van de stuurgroep van het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden. Op deze wijze worden nauwe contacten onderhouden tussen het werkveld en het helpdeskteam.

Sinds 2004, toen het Integraal Kankercentrum West (IKW) de verantwoordelijkheid kreeg voor de ontwikkeling van de consultatiefunctie in haar werkgebied (gebied rondom Den Haag, Leiden, Gouda en Delft), wordt nauw samengewerkt met het IKW. De vergoedingen voor de coördinator van de helpdesk en voor de consultants worden door het IKW bekostigd. Ook vindt afstemming plaats met de drie andere consultatieteams die in de loop van 2004 en 2005 in de IKW-regio opgezet zijn. Eén team in de Delftse regio (Delft/Westland/Oostland), één in Gouda en omstreken (Midden-Holland) en één in Leiden en omgeving (Zuid-Holland Noord). Landelijk zijn de IKW's verenigd in de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VIKC). Het VIKC ontwikkelt beleid om de kwaliteit van de consultatie te verbeteren en te borgen.

#### **De werkwijze**

De Helpdesk Haaglanden is ingericht volgens een drie schillenmodel. De verpleegkundigen vormen de eerste schil. Zij bemensen de telefoon en inventariseren de vragen die binnenkomen. Informatieve vragen van zowel zorgverleners als van niet-zorgverleners worden afgehandeld door de verpleegkundigen of doorverwezen naar de instantie die verder kan helpen. Indien gewenst wordt informatie-materiaal over palliatieve zorgvoorzieningen of foldermateriaal toegestuurd. De consultatievragen, vragen van artsen en verpleegkundigen over behandeling van palliatieve patiënten, worden vaak multidisciplinair beantwoord. Hiervoor nemen de verpleegkundigen contact op met de tweede schil, de huisartsen en verpleeghuisartsen die bij toerbeurt dienst doen. Indien nodig wordt ook één van de apothekers betrokken bij het advies. Voor complexe

problematiek kunnen de artsen en verpleegkundigen de derde schil raadplegen. Dat zijn specialisten uit ziekenhuizen, een geestelijk verzorger en een psycholoog. Alle consultatievragen worden vastgelegd in een landelijk registratiesysteem waar alle consultatieteams in het land gebruik van maken. De informatievragen worden ook geregistreerd maar vallen buiten de landelijke registratie.

De Helpdesk Haaglanden heeft een vast telefoonnummer en een e-mailadres maar geen eigen kantoor. Alle leden van het helpdeskteam voeren hun helpdeskfunctie uit naast of tijdens hun gewone werkzaamheden en vanuit hun eigen werklocatie of huisadres.

Onderling overleg vindt meestal per telefoon plaats, een enkele keer gaan een verpleegkundige en arts samen op huisbezoek. De teamleden treffen elkaar één keer in de zes weken bij het teamoverleg waar veel tijd besteed wordt aan casuïstiekbespreking. In dit overleg worden complexe vragen en de gegeven adviezen nabesproken en ervaringen uitgewisseld. Doel is het verbeteren van de kwaliteit van de consultatie, door kennisuitwisseling en afstemming in het geven van adviezen. Bij deze besprekingen zijn vaak ook een pijnconsulent en een geestelijk verzorger aanwezig. Voor de casuïstiekbesprekingen worden regelmatig specialisten uit de derde schil uitgenodigd, ter bevordering van de deskundigheid van de teamleden en ook om contact met de derde schil te onderhouden. De coördinator stuurt het team aan en organiseert de vergaderingen.

Naast de informatie en consultatie zijn scholing en voorlichting belangrijke taken van de consultants. Scholingen worden veelal gegeven door een arts, een verpleegkundige en een apotheker, die ieder vanuit eigen deskundigheid het onderwerp belichten. Dit geeft de toehoorders een beeld van de verschillende facetten van een onderwerp en van de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak. De scholingen helpen ook de bekendheid van de helpdesk te vergroten en blijken in de praktijk de drempel te verlagen om vragen te stellen. Inmiddels zijn veel scholingen gehouden voor farmacotherapie-overleggen, groepen van huisartsen en apothekers, en aan verpleeghuisartsen en wijkverpleegkundigen.

#### **Palliatieve sedatie**

Eind 2005 kwam de richtlijn palliatieve sedatie van de KNMG uit. Sindsdien is dit een belangrijk onderwerp voor de helpdesk. De publiciteit voor en over de richtlijn leidde tot veel verzoeken aan de specialistisch verpleegkundige teams om het inzetten van palliatieve sedatie. De artsen die sedatie aanvroegen waren echter

**Een casus**

Een huisarts belt de Helpdesk Palliatieve Terminale Zorg Haaglanden over een complex pijnprobleem bij een 71-jarige vrouw.

*Diagnose en levensverwachting*

De patiënte is 3 jaar geleden behandeld voor een mammacarcinoom rechts. Sinds een jaar heeft de patiënte ook een longcarcinoom rechts met locale metastases. Daarnaast is zij bekend met COPD (ze heeft tot vorig jaar zwaar gerookt) en hartfalen. Haar levensverwachting is nog zeker enkele maanden.

*Probleemverkenning*

Allereerst heeft de huisarts gesproken met de verpleegkundig consulent. De behandeling voor het mammacarcinoom drie jaar geleden bestond uit een mammasparende operatie en een okselkliertoilet. Ook kreeg zij radiotherapie. De behandeling was in opzet curatief. Postoperatief kreeg mevrouw pijn onder haar rechtermamma, die uitstraalde naar de oksel en onderarm. Deze pijn is nog steeds aanwezig. Het longcarcinoom dat vorig jaar is ontdekt, is niet meer te behandelen.

Sinds vier maanden heeft patiënte een zeurende progressieve pijn in haar rug/schouderblad. Voor de pijnklachten in het schouderblad kreeg ze een maand geleden radiotherapie. Dit had niet het gewenste effect.

De patiënte woont samen met haar echtgenoot en heeft 4 kinderen. Een zoon is overleden. Mevrouw is angstig en nerveus.

De huisarts vraagt zich af hoe hij de pijn beter kan behandelen. Na deze inventarisatie stelt de verpleegkundig consulent voor de arts consulent in te schakelen om mee te denken.

*Huidige medicatie*

Fentanyl (Durogesic)pleister	50 mcg, om de 3 dagen
Pregabaline (Lyrica)	2 x 75 mg
Oxycodon (Oxynorm)	3 - 4 x 5 mg
Temazepam	1 x 20 mg
Oxazepam	3 x 50 mg
Carvediol	2 x 25 mg (bètablokker)
Lisinopril	1 x 10 mg (ACE-remmer)
Thyrax	1 x 100 mcg
Salbutamol/Seretide en Spiriva-inhalers	

*Theoretische Overwegingen*

De twee symptomen zijn pijn en angst. De patiënte heeft langdurige postoperatieve pijn en recent

ontstane progressieve pijn in rug en schouderblad. Alvorens de pijn goed te kunnen behandelen moet bij dit complexe pijnprobleem een uitgebreide pijn-anamnese afgenomen worden.

Ook is onduidelijk in hoeverre angst invloed heeft op de pijnen en wat de oorzaak van de angst is. Om bovenstaande beter in kaart te brengen gaat de verpleegkundig consulent, na overleg met de huisarts, een huisbezoek afleggen.

Uit de pijnanamnese blijkt, dat de pijn in de borst schietend en brandend van aard is. De patiënte houdt de hele tijd haar borst vast. Een bh kan ze niet verdragen. Opioiden hebben geen invloed op deze pijn. Ook Lyrica, dat ze sinds 5 weken gebruikt, heeft geen verbetering gegeven. De zeurende progressieve pijn in haar rug/schouderblad, die mevrouw sinds vier maanden heeft, is 's morgens het hevigst. Deze pijn reageert wel op Durogesic en Oxynorm, maar is nu niet acceptabel.

Naar aanleiding van het huisbezoek is duidelijk, dat het hier gaat om een neuropathische pijn ten gevolge van een nervus intercostobrachialis neuropathie door het okselkliertoilet en een nociceptieve pijn ten gevolge van ingroei in de achterste thoraxwand van het longcarcinoom. Beide zijn onvoldoende onder controle. De verpleegkundig consulent heeft ook met de patiënte gesproken over de angst. De angsten kunnen invloed hebben op de pijn. De patiënte is erg nerveus van aard en gebruikt veel benzodiazepines. Ze heeft een zoon verloren, vorig jaar haar zusje en haar broer is nu terminaal. De patiënte heeft vooral angst voor de haar onbekende en onzekere toekomst. Ze is altijd al nerveus van aard geweest.

**Advies***Medicamenteus*

- Gezien de complexiteit van dit pijnprobleem wordt aan de huisarts geadviseerd om contact op te nemen met de pijnconsulent van de Helpdesk palliatieve terminale zorg Haaglanden.
- Intussen wordt geadviseerd om de Oxynorm op te hogen naar 3 x 10 mg. De Durogesic wordt opgehoogd naar 75 mcg.
- De pijnconsulent adviseert om te starten met Amitriptyline en Clonidine ter behandeling van de neuropathische pijn.
- Daarnaast adviseert hij om de Lyrica te stoppen. Lyrica als monotherapie bij neuropathische pijn is zelden voldoende. Het betreft hier een multimodaal neurofysiologisch probleem, dat een diverse farmacologische aanpak verdient.



- Hierop verbetert de pijn aanzienlijk, maar wordt de patiënte zo suf, dat dit voor haar niet acceptabel is.
- De pijnconsulent adviseert vervolgens om de benzodiazepines te halveren en de hartmedicatie om te zetten naar Tambocor. Tambocor (flecainide) is een anti-aritmicum wat ook een analgetisch effect heeft op de neuropathie. De bètablokker kan nu gestaakt worden.

#### *Niet-medicamenteus*

- Voor de begeleiding van het echtpaar wordt geadviseerd om de wijkverpleging in te schakelen.
- Ook de Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg kan worden ingeschakeld om het echtpaar beter te

ondersteunen en te ontlasten.

- Tot slot wordt geadviseerd begeleiding te zoeken van een geestelijk verzorger of psycholoog voor het bespreekbaar maken van de angst.

#### **Epiloog**

Nu ontstaat voor de patiënte een acceptabele situatie. Haar pijn is sterk verminderd. Ook de ondersteuning van de wijkverpleging doet haar veel goed. Een vaste vrijwilliger van de Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg bezoekt haar twee maal per week. Haar angsten verminderen. Zij accepteert haar situatie steeds beter en de pijnen zijn nu goed te verdragen. Zij wil geen begeleiding van een psycholoog of geestelijk verzorger.

niet altijd op de hoogte van de inhoud en het belang van de criteria waaraan voldaan moest worden om tot diepe sedatie over te kunnen gaan. In de praktijk leidde dit regelmatig tot sedaties die zeer moeizaam verliepen, wat traumatisch was voor de patiënt, de naasten en de betrokken zorgverleners. Ook kwamen de verpleegkundigen in het nauw tussen de opdracht om een sedatiepomp in te zetten en hun eigen beroepsverantwoordelijkheid, wanneer zij van mening waren dat niet aan de criteria voor sedatie was voldaan. In overleg met de specialistisch verpleegkundige teams heeft de Helpdesk Haaglanden uiteindelijk besloten tot 'verplicht' overleg tussen de arts die diepe sedatie aanvraagt en de dienstdoend arts van het Helpdeskteam. De arts van de

helpdesk denkt dan mee over de criteria voor palliatieve sedatie, mogelijke alternatieven en de inzet en dosering van de sedatie.

Het helpdeskteam heeft de afgelopen jaren veel scholingen over palliatieve sedatie gegeven om de deskundigheid rondom dit onderwerp te verbeteren en de rol van de helpdesk hierin te verduidelijken.

#### **Wie vraagt en welke vragen worden gesteld aan de helpdesk?**

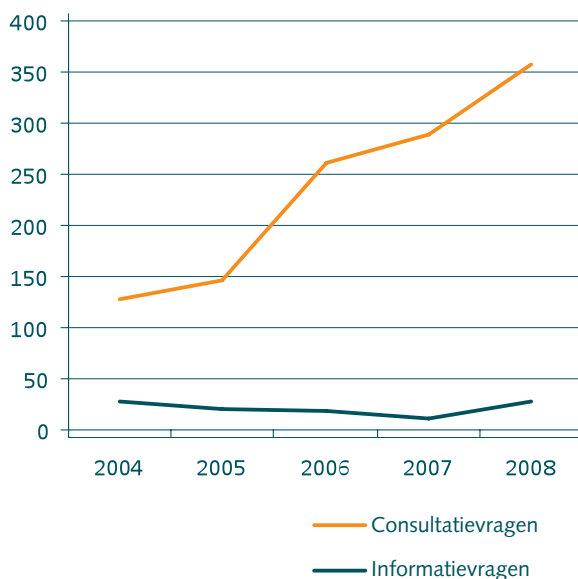
Dankzij het landelijk registratiesysteem kan inzicht worden verkregen in de consultatievragen die gesteld worden aan de helpdesk. Ook vergelijkingen binnen de IKW regio zijn mogelijk.

In 2006 is overgegaan op een nieuw landelijk registratiesysteem. Vanaf die tijd is meer gedetailleerde informatie beschikbaar dan van de jaren daarvoor. Het aantal consultaties, vragen van artsen en verpleegkundigen over behandeling van patiënten aan de Helpdesk Haaglanden is vanaf de start in 2004 jaarlijks gestaag toegenomen van 128 vragen in 2004 naar 358 in 2008. Bijna een verdrievoudiging in vier jaar. Het aantal informatievragen is aanvankelijk gedaald van 27 in 2004 naar 12 in 2007 om vervolgens in 2008 weer te stijgen naar 28 (zie figuur 1). Dit aantal blijft laag.

#### **Periode**

De consultatievragen komen vooral uit de eerste lijn. 85% van de vragen is afkomstig van huisartsen, ongeveer 4 % komt jaarlijks van verpleeghuisartsen. Verpleeghuisartsen geven aan vaak collega's uit hun instelling te raadplegen bij vragen over palliatieve zorg. Aan sommige consultatieteams in het land worden ook vragen gesteld door specialisten uit de ziekenhuizen. In de regio Haaglanden is het aantal vragen gesteld door specialisten verwaarloosbaar

**Figuur 1.**  
*Aantal consultatie- en informatie vragen . Helpdesk Haaglanden, 2004-2008.*



klein. De ziekenhuizen in de regio hebben de afgelopen jaren zelf palliatieve teams opgericht en de samenwerking tussen intramurale en extramurale teams komt pas sinds het afgelopen jaar op gang. Verpleegkundigen stellen jaarlijks ongeveer 6% van de vragen. Het is de helpdesk niet duidelijk waarom dit aantal zo laag is. De afgelopen jaren is veel scholing gegeven aan wijkverpleegkundigen. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de verpleegkundige overlegt met de huisarts en dat de huisarts indien nodig overlegt met de helpdesk.

De onderwerpen waar vragen over gesteld worden, betreffen voor 85% oncologische problematiek. Het overige deel van de vragen betreft hartfalen, vragen op neurologisch gebied of chronische longaandoeningen.

In de praktijk is de informatiefunctie van de helpdesk aanzienlijk kleiner dan de consultatiefunctie. Uit het overzicht wordt duidelijk dat patiënten en naasten de weg naar de helpdesk nog maar moeizaam weten te vinden.

Om een vergelijking met de andere consultatieteams uit de IKW-regio mogelijk te maken wordt het aantal consulten uitgedrukt per 100.000 inwoners. Een overzicht van de aantallen consulten per 100.000 inwoners in de IKW-regio is vanaf 2006 beschikbaar (zie tabel 1). Het landelijk gemiddelde ligt op 35 consulten per 100.000 inwoners.

Het aantal consultatievragen dat aan de Helpdesk Haaglanden wordt gesteld, is elk jaar aanzienlijk hoger dan het aantal vragen dat aan de overige consultatieteams in de IKW regio wordt gesteld. Dit verschil kan niet worden verklaard uit verschillen in de bevolkingsopbouw. Evenmin door verschillen in public relations omdat dit voor alle consultatieteams in de IKW regio op dezelfde wijze plaatsvindt. Bovendien zou je eerder verwachten dat in een kleinere en overzichtelijke regio makkelijker bekendheid gegeven

kan worden aan de consultatievoorziening. Het IKW zal dit jaar een onderzoek instellen onder artsen en verpleegkundigen in de hele regio om inzicht te krijgen in de behoefte aan consultatie en in de beweegredenen voor artsen en verpleegkundigen om wel of juist niet een consultatieteam te raadplegen. Mogelijk schept dit duidelijkheid over de regionale verschillen. Omdat palliatieve sedatie een belangrijk onderwerp is voor de helpdesk, en consultatie daarbij verplicht is, wordt ook een overzicht gegeven van het percentage vragen dat over dit onderwerp gesteld wordt aan de helpdesk (zie tabel 2). Het jaar 2005 is ter vergelijking meegenomen in dit overzicht omdat in dat jaar nog geen bijzondere belangstelling voor dit onderwerp bestond. Ook bevat het overzicht de getallen van de andere consultatieteams uit de regio, die geen verplichte consultatie bij diepe sedatie hanteren.

Uit de resultaten komt naar voren dat vanaf 2006 in Haaglanden de vragen over palliatieve sedatie een aanzienlijk aandeel van het totaal aantal consultaties uitmaken (39-43%). Een aantal van deze vragen werd gesteld omdat consultatie bij de inzet van diepe sedatie in Haaglanden verplicht is. Echter, uit het percentage consultaties over sedatie in de andere regio's valt af te leiden dat ook zonder verplichte consultatie regelmatig advies wordt gevraagd over dit onderwerp, in het bijzonder in Delft Westland Oostland en Midden-Holland.

### Beschouwing

Op grond van de informatie in dit artikel kan worden geconcludeerd dat de Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden haar plaats in de palliatieve zorg in de regio gevonden heeft. Een toenemende groep zorgverleners weet de weg naar de helpdesk te vinden. Opvallend is dat met name de huisartsen vragen stellen. De informatiefunctie van de helpdesk aan patiënten en naasten is in vergelijking tot de consultaties nog zeer bescheiden. Public relations

**Tabel 1.**

*Aantal consultaties per 100.000 inwoners. IKW regio, 2006-2008.*

Gebied	Aantal inwoners	aantal consulten per 100.000 inwoners in 2006	Aantal consulten per 100.000 inwoners in 2007	Aantal consulten per 100.000 inwoners in 2008
Delft Westland Oostland	290.000	15	19	14
<b>Haaglanden</b>	<b>725.000</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	<b>49</b>
Midden-Holland	240.000	7	15	15
Zuid-Holland Noord	515.000	8	17	19
<b>Totaal</b>	<b>1.770.000</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>30</b>

campagnes vanuit de helpdesk en het Netwerk Palliatieve Zorg hebben tot nu toe weinig opgeleverd. Palliatieve zorg blijft een lastig onderwerp om onder de aandacht van het publiek te brengen. Wel is de informatie over palliatieve zorg en zorgmogelijkheden die beschikbaar is op internet de laatste jaren sterk toegenomen. Het is mogelijk dat mensen op deze wijze hun informatie vergaren.

In de afgelopen vijf jaar is hard gewerkt aan verdere professionalisering van het helpdeskteam. Voor artsen en verpleegkundigen is een functieprofiel opgesteld met eisen voor aanvullende opleidingen. Jaarlijks kan het consultvoeren worden getraind in een scholing. Daarnaast volgt het team jaarlijks twee scholingsmiddagen waarin inhoudelijke onderwerpen worden besproken en waar ook teamprocessen aan de orde komen. De komende jaren worden landelijke eisen ontwikkeld om de kwaliteit van consultatie te waarborgen en meer eenheid te brengen in de consultatiefunctie in het land.

De 'verplichte' consultatie bij diepe palliatieve sedatie wordt ook in een aantal andere regio's in Nederland gehanteerd. Er is echter geen sprake van landelijk beleid. Afgelopen voorjaar is de herziene versie van de richtlijn palliatieve sedatie van de KNMG uitgekomen, waarin consultatie bij inzet van palliatieve sedatie sterk wordt aangeraden maar niet verplicht wordt gesteld. De lokale afspraak blijft hierdoor een regeling met haken en ogen. In de praktijk ervaren veel artsen het meedenken vanuit de helpdesk als een waardevolle aanvulling op hun beslissing over de inzet van de sedatiepomp.

Voorlopig houdt de helpdesk vast aan deze regeling en gaat zij door met deskundigheidsbevordering en voorlichting om het belang van multidisciplinair overleg bij onderwerp duidelijk te maken.

Langzamerhand komt er meer aandacht voor palliatieve zorg bij chronische ziekten zoals COPD<sup>2</sup> en hart- en nierfalen, naast de oncologie. De consultants merken dat ook hier geleidelijk aan meer vragen over worden gesteld. Naast verbreding van het aantal onderwerpen voor consultatie wordt ook de levensperiode waarover vragen kunnen worden gesteld, uitgebreid. De helpdesk richt zich niet meer uitsluitend op de palliatieve terminale fase. Dit is de aanleiding geweest om het woord terminaal uit de naam weg te laten. De helpdesk noemt zich sinds kort Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden.

De helpdesk is bereikbaar op werkdagen van 08.00-22.00 uur en in de weekenden en op feestdagen van 09.00-17.00 uur op telefoonnummer 088-1232450 of via e-mail: [palliatiefconsult@transmuralezorg.nl](mailto:palliatiefconsult@transmuralezorg.nl). Zorgverleners met dringende vragen kunnen 's avonds van 17.00-22.00 uur of in de weekenden en op feestdagen van 9.00-17.00 uur bellen met 071-5259790 (centrale avonddienst consultatieteams IKW regio)

#### Literatuur:

1. Leinders T. Palliatieve terminale Zorg in de regio Haaglanden. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr 3: 19-21.

**Tabel 2.**

*Aantal en percentage<sup>1</sup> consulten palliatieve sedatie IKW regio 2005-2008.*

	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Delft Westland Oostland	1	(9)	12	(28)	18	(32)	14	(34)
<b>Haaglanden</b>	<b>17</b>	<b>(13)</b>	<b>112</b>	<b>(43)</b>	<b>113</b>	<b>(39)</b>	<b>152</b>	<b>(42)</b>
Midden Holland	1	(14)	4	(25)	4	(10)	11	(31)
Zuid-Holland Noord	3	(12)	7	(18)	15	(16)	18	(16)
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>(12)</b>	<b>134</b>	<b>(37)</b>	<b>150</b>	<b>(32)</b>	<b>195</b>	<b>(36)</b>

<sup>1</sup> Percentage consultaties over palliatieve sedatie van het totaal aantal consultaties uit het betreffende jaar.

<sup>2</sup> Chronische obstructieve longziekten.

# Politieprogramma Parnassia Bavo Groep

## Zorgmijders kunnen politie niet mijden

*A.M. van Hemert, F. Krens, P. van Nobelen*

In november 2003 zijn de Parnassia Bavo Groep en de politie Haaglanden gestart met een programma om de samenwerking op de werkvloer te versterken. Het programma is inmiddels actief op alle politiebureaus in de gemeente Den Haag en enkele bureaus daarbuiten. Nieuw aan dit programma is dat de psychiatrisch verpleegkundige een werkplek heeft op het politiebureau, waarmee een korte lijn is gecreëerd in de samenwerking tussen politie en hulpverlening. Dit komt vooral ten goede van de kwetsbare groepen mensen met GGZ-problematiek, die de politie binnen haar werk aantreft en die door de hulpverlening onvoldoende worden bereikt. Een belangrijke schakel in de zorg voor deze groepen is het opvangen van signalen die wijzen op een zorgwekkende situatie (1). De politie pikt veel van die signalen op (2-6). Mensen kunnen immers wel de zorg mijden, maar niet de politie. Knelpunt was lange tijd dat dergelijke signalen onvoldoende werden omgezet in concreet handelen. Doel van het politieprogramma is de vele zorgsignalen van de politie dichterbij de zorg te brengen.

In 1998 deed de psychiatrische crisisdienst van Den Haag onderzoek naar de samenwerking tussen politie en GGZ. De uitkomsten bevestigden het algemene beeld, namelijk dat de politie in haar dagelijks werk veel met GGZ-problematiek in aanraking komt en dat de samenwerking tussen GGZ en politie vaak moeizaam is. De politie kon niet goed terecht bij de hulpverlening met de zaken die zij waarnam. De kwaliteit van de samenwerking werd door de politie gewaardeerd met een magere vijf. Die lage waardering was onder andere te wijten aan de complexe organisatie van de GGZ en de grote verschillen tussen politie en GGZ in cultuur en werkt tempo. Voor de politie was de hulpverlening onoverzichtelijk, slecht toegankelijk en traag (7). In haar dagelijks werk heeft de politie te maken met alle mogelijke hulpverleningsinstanties: de GGZ met al haar deelpopulaties en zorgprogramma's, maar ook bijvoorbeeld de GGD, maatschappelijke opvang, voorzieningen voor beschermd wonen, reclassering, Jeugdzorg, zorg voor verstandelijk gehandicapten, vrouwenopvang, vluchtelingenwerk, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg, huisartsen, vrijgevestigde hulpverleners en slachtofferhulp. Voor de politie is het lastig om in dit woud van

hulpverlening de weg te vinden naar effectieve interventies.

### Politieprogramma Parnassia Bavo Groep (PPP)

In de periode 1998-2003 werd verschillende keren geprobeerd de samenwerking met de GGZ te verbeteren, onder andere met scholing, contactpersonen en signaleringsoverleg. In de praktijk leverden deze initiatieven onvoldoende op. In 2003 tekenden GGZ Nederland en de raad van hoofdcommissarissen een convenant om de samenwerking tussen politie en GGZ te versterken (8). En in november dat jaar startte de crisisdienst van de Parnassia Bavo Groep met een initiatief waarbij psychiatrisch verpleegkundigen onder supervisie van een psychiater direct op het politiebureau werden gestationeerd. Het initiatief begon vanuit het bureau Centrum en breidde geleidelijk uit naar alle bureaus van Den Haag, Scheveningen en Rijswijk. Onlangs is Rivierduinen op verzoek van de politie gestart met een soortgelijk initiatief bij politiebureau Leidschendam-Voorburg. Momenteel wordt in Rotterdam onderzocht of het programma kan worden ingezet.

Over de auteurs:

Prof. dr. A.M. van Hemert is psychiater bij de Parnassia Bavo Groep (Zorgservice), Frank Krens is psychiatrisch verpleegkundige bij de Parnassia Bavo Groep (zorgservice), Pieter van Nobelen is inspecteur van politie bij Politie Haaglanden.  
E-mail: b.vanhemert@parnassiabavogroep.nl.

### Werkzaamheden van het PPP

De belangrijkste doelstelling van het programma is langs daadkrachtige en korte lijnen te reageren op alle zorgsignalen van alle politiemedewerkers. Met het programma kunnen zorgsignalen van de politie in een vroeg stadium worden opgepikt, voordat verdere escalatie optreedt in de vorm van acute crisis. Zo kan een ogenschijnlijk nietszeggende melding van geluidsoverlast bij een drukke man een voorteken zijn van een manische ontremming. Of een melding aan de balie van een bureau over gestolen laarzen en vreemde gewaarwordingen kan de eerste uiting zijn van psychotische problematiek. Door frequente aanwezigheid op de bureaus kunnen de GGZ-medewerkers een persoonlijke samenwerkingsrelatie opbouwen met de medewerkers van de politie. De lijnen voor directe consultatie en voorlichting zijn daardoor kort. Daarnaast omvatten de werkzaamheden onder andere: het beoordelen van binnenlopers of aangehouden personen met verward gedrag, het op indicatie toeleiden naar zorg, bemiddelen bij bestaande zorg, overleg met familie, externe verwijzers of instanties, bezoeken van probleemadressen met de wijkagent, bemiddelen op bureaus na crisissituaties en signaleren van knelpunten in de zorg. De aanwezigheid op de bureaus is afgestemd op de behoeften, van enkele dagdelen per week tot fulltime aanwezigheid. Ook de tijden van de diensten worden afgestemd op de behoeften. Afhankelijk van de pijkuren wordt op een aantal bureaus ook geregeld in de avond of in het weekend gewerkt.

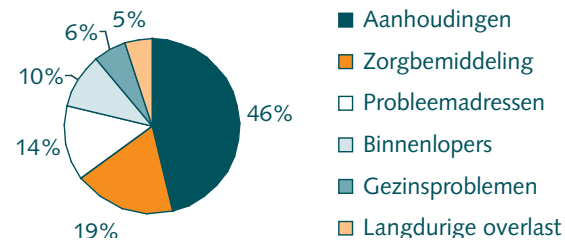
**Tabel 1.**

*Problematiek op het gebied van gezondheidszorg en welzijn waar de politie geregeld mee in aanraking komt, veelal in combinatie met verwardheid of opvallend gedrag.*

Aangifte door verward persoon (waan)	Poging tot zelfdoding
Verbale agressie / dreiging	Zelfdoding
Aanhouding strafbaar feit	Bezorgdheid van familie/omgeving
Drankmisbruik	Burenruzie
Drugsmisbruik	Zwerven
Overlast woonadres	Bedelen
Verwarde klaagbrieven	Financiële uitbuiting
Vreemde uitspraken	Opvallend gedrag op straat
Gevaarlijk gedrag	Prostitutie
Mishandeling	Relatieproblemen
Bezorgdheid van een behandelaar	Verkeersovertredingen
Psycho-sociale wanhoop	Verwaarlozing / vervuiling
Kindermishandeling	Gezinsproblematiek
Stalking	Lichamelijke ziekten

**Figuur 1.**

*Hoofdgebieden van 3.800 beoordelingen van het politieprogramma in de periode 2004-2007 in Den Haag.*



### Aard van de problematiek

De GGZ-problematiek waar de politie mee te maken krijgt laat zich niet gemakkelijk samenvatten. In globale termen wordt de problematiek vaak aangeduid als verkommering of overlast, veelal in combinatie met verwardheid of opvallend gedrag (9). Maar dergelijke stereotype labels doen geen recht aan de veelzijdigheid van de problemen in de praktijk. Tabel 1 geeft een overzicht van probleemsituaties die zich geregeld voordoen.

In 2008 is een kwantitatief overzicht gemaakt van 3.800 beoordelingen over een periode vier jaar, die zijn samengevat in zes hoofdgebieden (Figuur 1). Bij iets minder dan de helft (46%) ging het om beoordelingen rond aanhoudingen. Bij één op de vijf (21%) waren er vragen rond de lopende zorg. Bij de overige beoordelingen ging het om probleemadressen (14%), gezinsproblemen (6%) en langdurige overlast (5%).

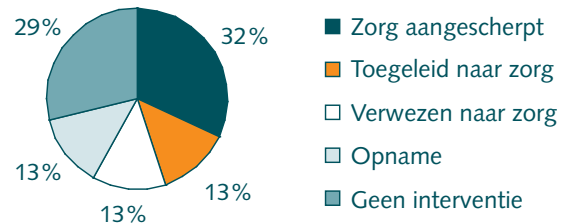
**Casus 1** - De wijkagent maakt melding van een 61-jarige man van Aziatische afkomst die al enkele dagen met een blikje frisdrank in de hand over straat slentert en apathisch voor zich uitkijkt. Zijn kleding is smoezelig, met urinevlekken in zijn broek. De wijkagent heeft hem een huis in zien lopen, maar kan geen contact maken vanwege de taalbarrière. Na enkele pogingen tot huisbezoek treft de verpleegkundige van het PPP twee zoons aan, die Nederlands spreken. Zij begrijpen hun vader niet goed en laten hem maar met rust. Ze kennen hem zo niet, maar weten niet wat te doen. De huisarts meldt dat hij wel op het spreekuur is geweest vanwege zijn suikerziekte. Hij zag geen aanwijzingen voor lichamelijke problematiek. Met een verwijzing naar de GGZ doet de man niet veel. Via het PPP wordt een maatschappelijk werker ingezet die Chinees spreekt. De man blijkt fors psychotisch te zijn. Er wordt een outreachende behandeling gestart met een goed resultaat. De wijkagent meldt dat hij de man weer heeft gezien, maar nu goed gekleed en vlot aanspreekbaar.

**Casus 2** - Een 28-jarige man wordt aangehouden in het kader van overlast bij drugsgebruik. Hij gedraagt zich druk en opstandig. De politie meent dat hij uitgebreid bekend is bij de verslavingszorg. Bij nader onderzoek blijkt dat niet het geval. Er is wel een voorgeschiedenis van enkele jaren eerder. Betrokkene blijkt gemotiveerd te zijn voor verdere behandeling en wordt doorverwezen. Bij navraag blijkt dat hij zijn afspraken is nagekomen.

**Casus 3** - De politie wordt door omwonenden gealarmeerd over een 46-jarige vrouw van wie bekend is dat ze stemmingsstoornissen heeft. Er is veel geluidsoverlast. Op verzoek van de politie is mevrouw wel bereid de muziek wat zachter te zetten. Zij maakt een drukke indruk en de surveillanten vinden de situatie zorgelijk. Zij zien echter geen acute reden om de crisisdienst in te schakelen. Het PPP wordt gevraagd voor een beoordeling. Bij overleg met de behandelaar blijkt dat de patiënt bij het laatste bezoek nog een stabiele indruk maakte. De laatste twee keer is zij echter niet op haar afspraak verschenen. De behandelaar gaat nu actief contact leggen met patiënte om verdere escalatie te voorkomen.

**Figuur 2.**

*Uitkomst van 3.800 beoordelingen van het politieprogramma in de periode 2004-2007 in Den Haag.*



### Beoordelingen

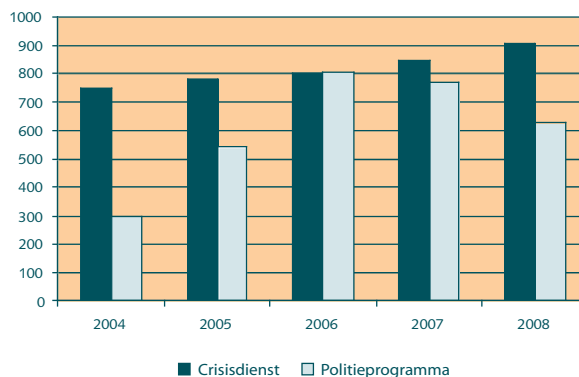
De drie casevignettes geven een concrete indruk van het type beoordelingen dat de verpleegkundigen van het PPP uitvoeren. Patiënten worden toegeleid naar de zorg, of de continuïteit van de zorg wordt hersteld. Als daar aanleiding toe is wordt de casuïstiek soms wat langer gevolgd, maar het programma werkt niet met een cliëntvolgsysteem zoals dat door de GGD wordt gebruikt. Bij vrijwel alle meldingen in het overzicht van 2008 speelde er problematiek op het gebied van GGZ of verslaving, vaak in combinatie met kwetsbare huisvesting. Figuur 2 geeft een kwantitatief overzicht van uitkomsten. Bij ongeveer een derde (32%) van de beoordelingen was er reden om bestaande behandelingen aan te scherpen. Behandelaren krijgen doorgaans te weinig signalen dat het met hun kwetsbare patiënten niet goed gaat. Bij 13% van de beoordelingen werd een opname gerealiseerd, bij 13% was actieve toeleiding naar de zorg nodig en bij 13% volstond verwijzing naar zorg. Bij 29% van de beoordelingen werd geen actief beleid ingezet. Bij een gedeelte van de meldingen was het niet nodig om verdere zorg te verlenen. Er zijn echter ook patiëntengroepen die zich moeilijk aan de zorg laten binden. Een voorbeeld van deze laatste groep zijn de mensen met een chronische waanstoornis. Deze patiënten houden contacten met de hulpverlening als regel af, en de behandelmogelijkheden zijn veelal ook beperkt. Hulpvragen komen geregeld bij de politie terecht, omdat de patiënt wil dat er een einde komt aan de vermeende benadelingen die zij vanuit hun achterdocht ervaren. Wanneer er signalen zijn van verkommering of overlast kunnen de medewerkers van het PPP actief interveniëren. Ontbreken dergelijke signalen echter, dan zijn de mogelijkheden bij deze groep zeer beperkt.

### Samenwerking met de crisisdienst

Een sterke kant van het PPP is dat het programma wordt georganiseerd vanuit de 7x24-uurs crisisdienst.

**Figuur 3.**

*Geregistreerde beoordelingen door het PPP en door de psychiatrische crisisdienst van de Parnassia Bavo groep bij politiebureaus in Den Haag in de periode 2004-2008.*



De inzet voor de bureaus kan flexibel zijn, omdat de organisatie van de crisisdienst is afgestemd op 24-uurs beschikbaarheid. Medewerkers van het PPP doen geregeld ook diensten voor de crisisdienst en zijn vaak aanwezig bij de ochtendrapporten. Zo blijven zij goed op de hoogte van actuele crisissituaties. Andersom zijn de lijnen van de crisisdienst naar de politie ook kort. In figuur 3 staat voor de periode van 2004 tot 2008 een overzicht van het aantal beoordelingen op de Haagse politiebureaus, door het PPP en door de crisisdienst.

Aanvankelijk was de verwachting dat het aantal meldingen van de politie bij de crisisdienst door de aanwezigheid van het PPP zou afnemen. Dat bleek niet het geval. Sinds 2004 was er een lichte stijging van het aantal crisismeldingen door de politie van 750 in 2004 naar 910 in 2008; een stijging van 20% over een periode van 5 jaar. Bij de groep die door de crisisdienst wordt beoordeeld gaat het om acute problemen waar een directe beoordeling nodig is, ongeacht het tijdstip van de dag. Bij het PPP gaat het over het algemeen om minder urgente, maar wel zorgwekkende problematiek, die voorheen vaak niet door de zorg werd opgemerkt.

#### **Twee sporen beleid en privacy**

Twee belangrijke aandachtspunten in de samenwerking tussen PPP en politie zijn het beleid rond strafbare feiten en het omgaan met de vertrouwelijkheid van informatie. Met de politie zijn regionaal afspraken gemaakt over het zogenaamde twee sporen beleid. Dat wil zeggen dat bij strafbare feiten de politie in overleg met de officier van justitie de juridische afhandeling bepaalt, ongeacht de

psychiatrische toestand. De psychiatrisch verpleegkundige biedt flankerend noodzakelijke zorg in de politiecel bij diegenen die in verzekering zijn gesteld. Ten aanzien van de vertrouwelijkheid van informatie wordt 'de handreiking gegevensuitwisseling in de bemoezorg van GGD Nederland en het KNMG' als richtlijn gebruikt (10). Uitgangspunt van de handreiking is dat de rechten van patiënten zo veel mogelijk worden gerespecteerd. Medewerkers van de GGZ en de politie respecteren beiden hun beroepsgeheim. Medewerkers gebruiken hun eigen informatiesystemen die voor de andere partij niet toegankelijk zijn. Patiënten worden geïnformeerd over het samenwerkingsverband. Alleen in situaties waarin voor de patiënt ernstig nadeel wordt vermoed wordt de minimaal noodzakelijke informatie uitgewisseld, die nodig is om zorg tot stand te brengen.

#### **Tevredenheidsonderzoek**

In 2008 hebben wij met de politie het programma geëvalueerd en een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Het programma werd door de politie zeer positief gewaardeerd. Als belangrijke verbeteringen werden genoemd: de goede bereikbaarheid en herkenbaarheid, het terugdringen van overlast door vroegere interventie, een beter bereik van zorgmijdende groepen, het daadwerkelijk werken aan dossieropbouw, een effectieve brug naar hulpverleningsinstanties, met goede monitoring van de ingezette zorg, en adequate terugkoppeling. De politie gaf aan dat dankzij het programma tijdwinst wordt geboekt, waardoor de politie-inzet efficiënter wordt. Een belangrijk winstpunt was de vooruitgang in het overbruggen van cultuurverschillen tussen de beide organisaties. De gemiddelde tevredenheid werd gewaardeerd met een ruime acht.

#### **Een viervoudige winstsituatie**

In een recente evaluatie van het programma wees de politieleiding op een viervoudige winstsituatie. De eerste groep die wint bij het programma zijn de patiënten, die snel en doelgericht worden doorgeleid naar passende zorg. De tweede groep is de GGZ, die probleempatiënten eerder in beeld krijgt en die een betere continuïteit kan bieden in de zorg voor de meest kwetsbare groepen. De derde winnende groep is de politie, die zorgsignalen kwijt kan en ziet dat de zorg ook resultaten boekt. En last, but not least is er winst voor de samenleving, omdat in een vroeg stadium met een beperkte inzet escalatie kan worden voorkomen. Zo levert het programma een efficiënte bijdrage aan een veilige samenleving.

### Verbetermogelijkheden

Ondanks de vele positieve effecten van het PPP blijven er ook verbeterpunten. Wij willen er hier drie bespreken: scholing, afstemming met het strafrecht en financiering.

De kennis van de politie over de GGZ en vice versa is vaak beperkt. Kennis van elkaars werkerterrein is een randvoorwaarde voor open communicatie met begrip voor wederzijdse mogelijkheden en beperkingen. Het politieprogramma op de werkvloer is een belangrijke schakel in de kennisoverdracht, maar daarnaast zou er aandacht moeten zijn voor meer structurele scholing. Een tweede aandachtspunt is de afstemming tussen de strafrechtelijke keten van openbaar ministerie en rechterlijke macht aan de ene kant en de zorginstellingen aan de andere kant. Die afstemming vraagt om maatwerk, dat binnen de huidige wet- en regelgeving vaak maar moeilijk tot stand komt. Bij deze afstemming valt nog veel winst te behalen. Een derde aandachtspunt is de financiering van het programma. De werkzaamheden worden maar gedeeltelijk betaald vanuit de zorgverzekering. Alleen de directe beoordeling van patiënten in zorgwekkende situaties kunnen bij de verzekering worden gedeclareerd. De productie van medewerkers is naar verhouding laag. De ondersteunende en adviserende taken naar de politie en de tijdsintensieve bijdragen aan signalering en toeleiding worden door de verzekering niet volledig gedekt. Voor de continuïteit is het programma afhankelijk van aanvullende bronnen van financiering, maar die zijn vaak onzeker. In tijden van crisis komt de financiering gemakkelijk onder druk te staan, terwijl het programma juist dan het hardste nodig is.

### Referenties

1. Voogt A, van Hemert AM, Mulder N, e.a. Niemand over de schutting. Professionalisering van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Uitgave van de GGZ in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, 2006.
2. Green TM. Police as frontline mental health workers; the decision to arrest or refer to mental health agencies. *International Journal of Law and Psychiatry* 1997; 20: 469-486.
3. Borum R, Williams Dean M, Steadman HJ, e.a. Police perspective on responding to mentally ill people in crisis: perceptions of program effectiveness. *Behavioral Sciences and Law* 1998; 16: 393-405.
4. Fry AJ, Riorda DP, Geanellos R. Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney. *Health and*

*Social Care in the community* 2002; 10: 277-286.

5. Watson AC, Corrigan PW, Otatti V. Police response to persons with mental illness: does the label matter? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2004; 32: 378-385.
6. Rijders CA, Kuiper EM. Politiecontacten in de 7x24-uursdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1995; 37: 369-381.
7. Bisseling EM, Braam AW. Tijdslimieten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst: een praktijkevaluatie in Utrecht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 51: 487-91.
8. Convenant van GGZ Nederland en Raad van Hoofdd-commissarissen. Den Haag, 2003.
9. Van Andel WM, Baijens PAA, Ambler-Huiskens A, e.a. Mensen zonder zorgen. Een onderzoek door de inspectie voor de politie en de inspectie voor de gezondheidszorg. Den Haag: ministerie van binnenlandse zaken en koninkrijksrelaties en ministerie van Welzijn en Sport, 2000.
10. GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG. Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeioezorg. GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2007.

### Dankbetuiging

Speciale dank gaat uit naar de bedenkers en initiatiefnemers van het programma in 2003: mevrouw A. van der Hoeven, de heer F. Krens: sociaal/psychiatrisch verpleegkundigen, de heer T. van den Akker, wijkagent, de heer H. van Dolderen, voormalig bureauchef Politiebureau Jan Hendrikstraat, de heer E. Barends en mevrouw T. Struik, afdelingsmanagers bedrijfsvoering PBG en mevrouw drs. M. van der Velden, zenuwarts. Het programma kon starten dankzij subsidie uit de zorgvernieuwingsgelden van het zorgkantoor.



# Groepswonen door ouderen

*B. Vooren*

Groepswonen in Nederland is ontstaan begin jaren tachtig van de vorige eeuw mede naar aanleiding van een documentaire op de Nederlandse televisie over een agrarische woongemeenschap in Duitsland. Sinds die tijd is de ontwikkeling van het groepswonen in Nederland van de grond gekomen. Aanvankelijk werd een grote mate van gemeenschappelijkheid nagestreefd, met kleine woonruimtes en veel gemeenschappelijke ruimte. Inmiddels bestaan de woongemeenschappen uit individuele woningen met een eigen voordeur, maar alle onder één dak. De gemeenschappelijke ruimte is teruggebracht tot het formaat van een extra appartement. Groepswonen vindt nu vooral plaats in de steden (1).

Bekend is het concept Centraal Wonen, groepswonen voor alle leeftijden. Specifiek groepswonen voor ouderen heeft landelijk vorm gekregen bij de LVGO en lokaal bijvoorbeeld bij het GDO in Den Haag. De Federatie Gemeenschappelijk Wonen overkoepelt het Centraal Wonen en het Groepswonen door Ouderen (zie schema op pagina 29). Onderstaand artikel gaat over het groepswonen door ouderen, de kosten en de motivatie, de rol van de woningcorporaties, de voor- en nadelen. Speciaal aandacht is er voor het GDO, de organisatie voor Groepswonen door Ouderen, die in Den Haag geïnteresseerde ouderen begeleidt, adviseert en informeert.

## Wat is groepswonen

Doordat het huidige groepswonen is ontstaan als reactie op de communes uit de jaren zeventig, is de behuizing bij de oudere woongemeenschappen soms nog klein (50m<sup>2</sup>), met een gemeenschappelijke huiskamer waar men gezamenlijk activiteiten onderneemt. Inmiddels bestaat het groepswonen uit zelfstandige appartementen met eigen voordeur, die een oppervlakte hebben van minstens 80m<sup>2</sup>. Eén van de appartementen in het complex wordt gezamenlijk gehuurd, als gemeenschappelijke ruimte.

Gezamenlijke activiteiten worden ad hoc ondernomen vanuit de gedachte dat aanspraak zoeken gelijk staat aan aangesproken kunnen worden (geven en nemen). De woongemeenschap bezit een eigen rechtspersoonlijkheid, doorgaans een vereniging met een bestuur. Nieuwe leden komen op de reservelijst, waarbij de volgorde van aanmelden er niet toe doet. Het is uiteindelijk de ledenvergadering van de gemeenschap die besluit wie er wordt toegelaten, doorgaans op basis van een kennismakingstijd waarbij de reserveleden mee hebben gedaan met diverse activiteiten. Het moet boteren tussen bestaande en nieuwe leden van de woongemeenschap. Dat is, naast leeftijd, het voornaamste criterium voor toelating. Een woongemeenschap kan een zelfstandige locatie

hebben, soms bovenop een welzijns- of gezondheidsinstelling (blokbewoning), of de voorziening is gehuisvest op een etage van een groter wooncomplex (streepbewoning). Nieuw is het idee van de zogenoemde 'stippelbewoning', waarbij gelijkgezinden besluiten in een groter complex te gaan wonen, zonder de voorzieningen van een woongemeenschap, maar wel met de aanspraak aan elkaar. Dat gaat met minder regels gepaard en kan een stuk sneller worden gerealiseerd.

Gemiddeld duurt het zeven á acht jaar vanaf het maken van plannen tot aan het uiteindelijke wonen. In het onderzoek *Gemeenschappelijk wonen op leeftijd* van het Verwey-Jonker Instituut wordt de lange wachttijd voor een groepswoonproject in combinatie met de leeftijd van de deelnemers een probleem genoemd (2). Groepswonen voor ouderen begint in Nederland doorgaans bij 55+ en als er dan jaren overheen gaan voordat men er kan gaan wonen, lopen de deelnemers die ooit krachtige 65 plussers waren, tegen de 80 en zijn dan niet meer welkom als nieuwe bewoner.

Uit de cijfers van Aedes, de landelijke koepel van de woningcorporaties (3), blijkt dat er in Nederland meer dan 450 woongemeenschappen voor ouderen bestaan, met gemiddeld 31 personen per gemeenschap. Alleen

in Den Haag staat daar een koepel boven<sup>1</sup>, elders in het land vallen de projecten meestal direct onder de woningcorporaties, die hier na oplevering van de woningen, geen speciale taak meer heeft. Ook in Den Haag komt die vorm tegenwoordig voor. De ervaring leert dat groepen die nergens onder vallen, regelmatig het GDO bellen voor advies of hulp.

#### De kosten van de aanbieder

Dankzij de woningcorporaties kon het groepswonen in Nederland voet aan de grond krijgen. Buiten de corporaties om is het veel te duur:

Met het bouwen van ouderenwoningen in een groepswooncomplex zijn extra kosten gemoeid in verband met de aanpassing en toegankelijkheid van het gehele complex en de woningen. Hiervoor gelden kwaliteitscriteria. Bij oplevering doet de gemeente altijd een laatste controle. Pas nadat de woningen akkoord zijn bevonden door de (architect van de) gemeente geeft deze bericht aan de belastingdienst dat de woningen voldoen aan de eisen die gesteld worden aan ouderenwoningen. De bewoners die een woning hebben gehuurd in de sociale huursector kunnen dan huurtoeslag aanvragen, indien hun inkomen en vermogen daarmee in overeenstemming zijn (zie hieronder).

Voor 50+ woongroepen is het belangrijk om in de buurt van voorzieningen te wonen, wegens de verwachte afname van mobiliteit, terwijl ruimte in en rond het stadscentrum steeds schaarser en daarmee duurder wordt; de woningen moeten levensloopbestendig zijn en brancardbrede deuren en liften hebben. Klimaatbeheersing en domotica lijken nu nog een luxe, maar zijn broodnodig als de ouderen er zo lang mogelijk willen blijven wonen, zonder vervolg in een zorginstelling.

De ontwikkel- en bouwkosten en de kosten voor een architect komen voor rekening van de opdrachtgever/eigenaar. Vaak spreken de woningcorporaties over de zogeheten onrendabele top. Daarmee wordt bedoeld de kosten die door de opdrachtgever/eigenaar zijn gemaakt en die niet kunnen worden terugverdiend, een verliespost dus. Op een groepswoonproject in de sociale huursector zit meestal een onrendabele top. Alleen wanneer de opdrachtgever of toekomstige eigenaar een onrendabele top wil aanvaarden - niet ongewoon bij woningcorporaties - is er in principe overeenstemming en kan het project doorgaan. Die onrendabele top is de reden dat de corporaties naast

sociale huurwoningen, tegenwoordig ook een aantal geliberaliseerde huurwoningen willen toevoegen aan een groepswoonproject, alsmede een aantal koopwoningen.

Door de optelsom van hogere wooneisen, grotere appartementen, duurder wordende bouw en gebrek aan binnenstedse ruimte, gevoegd bij de recente verzelfstandiging van de wooncorporaties wordt de realisatie van nieuwe groepswoonprojecten al een paar jaar vertraagd.

#### De kosten voor de bewoners

Voor rekening van de bewoners komen de omslagkosten van de huur voor de gemeenschappelijke ruimte. Daarnaast komen de kosten van het energieverbruik in de gezamenlijke ruimte(s) en eventueel die van het schoonmaken. Sommige woongemeenschappen hebben ook nog een gezamenlijke logeerkamer, tuin of hobbyruimte. Verder zijn er diverse kosten voor gezamenlijke activiteiten en de kosten van het lidmaatschap van het GDO (€ 10,- per jaar per appartement, in 2009). Al met al komt het erop neer dat iemand met een inkomen dat alleen uit AOW bestaat, ondanks de huurtoeslag, het wonen in een groep nauwelijks kan betalen.

Tot op heden wonen alle gemeenschappen in sociale huurunits, waarbij de huurtoeslaggrens voor groepswoners, in afspraak met de belastingdienst, hoger is dan de algemene norm, namelijk € 647 per maand in 2009. De reden hiervoor is dat het huren van woningen in een groepswooncomplex over het algemeen duurder is dan het huren van woningen in een algemeen complex. Iedereen, ook wat meer vermogende mensen, komt bij groepswonen in aanmerking voor een sociale huurwoning. Alleen komen zij uiteraard niet in aanmerking voor huurtoeslag, want voor inkomen en eigen vermogen gelden wel overal dezelfde normen.

#### Problemen bij het groepswonen door ouderen

De lange duur tot aan de realisatie van een woongemeenschap vormt een probleem. De oudste deelnemers halen nogal eens de bewoning niet, omdat zij intussen een hart- of andere kwaal hebben gekregen, tegen de verhuizing zijn gaan opzien of ontmoedigd zijn geraakt door de lange duur van het project. Daarnaast speelt het probleem dat het lidmaatschap van een woongemeenschap (een vereniging) niet verplicht te stellen is<sup>2</sup>, het berust op solidariteit.

<sup>1</sup> Het GDO is een mini-koepeltje, met 3 medewerkers voor ieder 20 uur per week. Voor nieuwe projecten, voor ondersteuning van de lid-woongemeenschappen en een consulente.

<sup>2</sup> De enige vereniging waarvan het lidmaatschap wettelijk verplicht is, is de vereniging van huiseigenaren, de VvE.

Een ander kritisch punt is leegstand. Wanneer de woongemeenschap er niet in slaagt om tijdig een geschikte kandidaat-bewoner te werven voor een vrijgekomen woning, zal de corporatie die woning gaan verhuren aan een willekeurige kandidaat. Sommige corporaties staan leegstand toe tot maximaal twee maanden. Wanneer de woongemeenschap geen nieuwe huurder vindt, maar ook geen 'vreemden' wil toelaten, zit er niets anders op dan met zijn allen zolang de huur van het leegstaande appartement te betalen totdat een geschikte bewoner is gevonden. In Den Haag bestaan de algemene en de thematische autochtone woongemeenschappen gemiddeld uit 17 woningen, dat is weinig. Eventuele 'brandhaarden' gaan niet op in een groter geheel en deze gemeenschappen zijn daardoor kwetsbaarder. De allochtone woongemeenschappen hebben gemiddeld 27 woningen. Blijkbaar is het makkelijker om mensen van buiten Nederland met eenzelfde culturele achtergrond bijeen te brengen dan om binnen de Nederlandse cultuur gelijkgezinde groepen te vormen. In de woongemeenschappen worden alleen die personen toegelaten, met wie het lijkt te klikken. Dat neemt niet weg dat, net als dat bij sollicitaties het geval is, er vergissingen gemaakt kunnen worden. Het is ook nadrukkelijk niet de bedoeling dat als tante in het ziekenhuis ligt, de neef zijn intrek neemt in haar groepswoning. Niet alleen omdat die neef nog geen 50+ is, maar ook omdat hij niet gekozen is door de bewoners op de ledenvergadering. Dit betekent dat er op straffe van leegbloeden, contacten gelegd moeten worden met de buitenwereld, teneinde zich te verzekeren van nieuwe aanwas. Het GDO zorgt daar zo goed mogelijk voor, maar een eigen inbreng van de woongemeenschap is ook nodig. Ondanks een lijst van het GDO van 300 mensen die willen gaan groepswonen, treden er hier en daar tekorten op bij woongemeenschappen. Dat heeft te maken met de ligging, de maat van de appartementen of het thema van de woongemeenschap.

Een recent probleem is de reactie van de buitenwereld op het groepswonen. Het staat de meeste mensen niet helder voor ogen wat het concept nu precies inhoudt. Dat betekent dat groepswoners door ziekenhuizen en zorginstellingen nogal eens te vroeg naar huis worden gestuurd, onder het motto: de groep vangt u toch op. In individualistisch Nederland roept het woord 'groep' blijkbaar beelden op die lijken op het concept

verzorgingshuis. Het is lastig om de buitenwereld ervan te overtuigen dat er duidelijke grenzen zijn gesteld aan de hulp door groepsgenoten en dat burenhulp in het geval van groepswonen geen mantelzorg is.

#### Waarom beginnen mensen er aan?

Het Verwey-Jonker Instituut heeft op initiatief van de Federatie Gemeenschappelijk Wonen een studie gedaan naar gemeenschappelijk wonen op leeftijd (2). Daaruit komt naar voren dat mensen in een woongemeenschap voor ouderen ongeveer 10 jaar later doorverhuizen naar een zorginstelling, dan de bewoners van het Centraal Wonen-concept<sup>3</sup>: 75 versus 85 jaar. Dat klopt met de uitslagen van het motivatie-onderzoek dat het GDO liet doen onder de aangesloten woongemeenschappen in Den Haag, 30 woongroepen, waarvan 13 op thematische basis (4):

1. De belangrijkste motivatie voor groepswoners is de aanspraak (93%), zowel voor eenlingen als voor stellen. Aanspraak betekent echter ook aangesproken kunnen worden. In de woorden van de LVGO: als men zeer kwetsbaar is en zich van alles en nog wat aantrekt en nachten niet kan slapen over de kleinste kleinigheden, dan is men niet geschikt voor het wonen in een groep (5). Kunnen relativeren is een vereiste. Alle bewoners van de woongemeenschappen onderschrijven dit.
2. Burenhulp en/of gezamenlijke activiteiten (87%) vindt men ook belangrijk. Een boodschap, de apotheek, een telefoontje of een klus of autorijden. Heel soms, als mens en omstandigheden het toelaten, wordt er ruimere mantelzorg verleend. Vooral na ziekenhuisopnames en bij kleinere ongemakken.
3. Gelijke gezindheid/belangstelling (vertrouwdheid), telt voor 50% mee bij de motivatie om te gaan groepswonen.

De drie bovengenoemde punten - aanspraak, burenhulp en vertrouwdheid - vormen niet toevallig de reparaties van het sociale weefsel dat vanaf de tweede helft van de vorige eeuw langzaam is verdwenen. Opmerkelijk is dat 'het thema' slechts voor de helft meespeelt in de keuze voor een gemeenschap. In eerste instantie lijkt de gedeelde cultuur de doorslag te geven bij de keuze voor het wonen onder één dak, evident bij allochtone, christelijke of homogroepen.

<sup>3</sup> Centraal wonen is óók groepswonen, maar dan voor alle leeftijden.

Bij nadere beschouwing blijkt echter dat iemands persoonlijkheid voor de andere helft meetelt: men moet ook nog het karakter hebben om in een groep te kunnen en willen wonen. Dat karakter blijkt niet samen te vallen met herkomst, huidskleur, geaardheid, interesse of levensbeschouwing. Een praktijkvoorbeeld levert de Indische woongemeenschap die ook graag geïnteresseerden toelaat die een andere culturele achtergrond hebben.

Bijkomende voordelen:

- Een huis met weinig onderhoud(skosten) is een welkome factor op oudere leeftijd;
- de noodzaak tot verhuizen wordt kleiner;
- kennis en handigheidjes kunnen worden gedeeld, waardoor de bewoners bij-de-tijd blijven;
- veiligheid: dubbele voordeur met telefoon of videofoon en de macht van het getal;
- schaalvoordelen op gebied van abonnementen, inkoop, lidmaatschappen, (zorg)verzekeringen, cursussen, voertuigen.

#### De valkuilen

Niet iedereen is geschikt voor het wonen in een groep. Daarom organiseert het GDO regelmatig bijeenkomsten voor belangstellenden en benadrukt dan:

- Bestaande eenzaamheid wordt in een woongemeenschap niet opgeheven<sup>4</sup>, wel wordt isolement voorkómen. Eenzaamheid is een mentale toestand die verwijst naar een zeker onvermogen om bijdragen te leveren aan de samenleving, in kleiner of groter verband (6) (7).
- Het is niet alleen nemen, maar ook géven; dus iemand die niet sociaal is ingesteld of problemen heeft met contactleggen, kan er maar beter niet aan beginnen.
- Het is duurder dan het gangbare wonen.
- Men wacht vaak te lang. Verhuizen op latere leeftijd is fysiek zwaar en emotioneel belastend, want men moet weg uit de eigen vertrouwde omgeving. Wacht men totdat de actieradius is verkleind, dan is groepswonen al geen oplossing meer. Geen enkele groep zit te wachten op hulpvragende ouderen, want dat vergroot de druk op de jongere ouderen en werpt een drempel op voor nieuwe toetreders. Men mag echter wel oud worden in een woongemeenschap en daardoor hebben de bewoners hun handen op dat punt al vol. Het GDO geeft globaal de indicatie dat

mensen zo vroeg mogelijk, maar zeker vóór 70 jaar, voor het groepswonen moeten kiezen. Het GDO begint al bij 50 plus. Groepswonen is dus eerder een existentiële keuze dan een door leeftijd gedreven keuze.

#### Verandering in samenstelling

De samenstelling van de woongemeenschappen is tamelijk stabiel, veranderingen voltrekken zich geleidelijk in de tijd. Dat komt doordat nieuwe bewoners mondjesmaat binnenkomen, in een reeds bestaande wooncultuur. Een cultuur omvormen vraagt om grotere getallen. De bewoners van de woongemeenschappen zijn in het algemeen mondig, ruimdenkend en niet gespeend van humor. Sommige veranderingen hebben te maken met de toegenomen welvaart. Voor het eerst heeft zich een groep aangemeld die een woongemeenschap wil oprichten met koopwoningen. Ook zijn mensen flexibeler geworden. Als er een nieuwbouwproject wordt opgeleverd en de corporatie heeft nog niet alles verhuurd, springen daar groepjes mensen op in om 'gestippeld' te gaan wonen. Desnoods zonder een gemeenschappelijke ruimte, maar wel met de aanspraak aan elkaar.

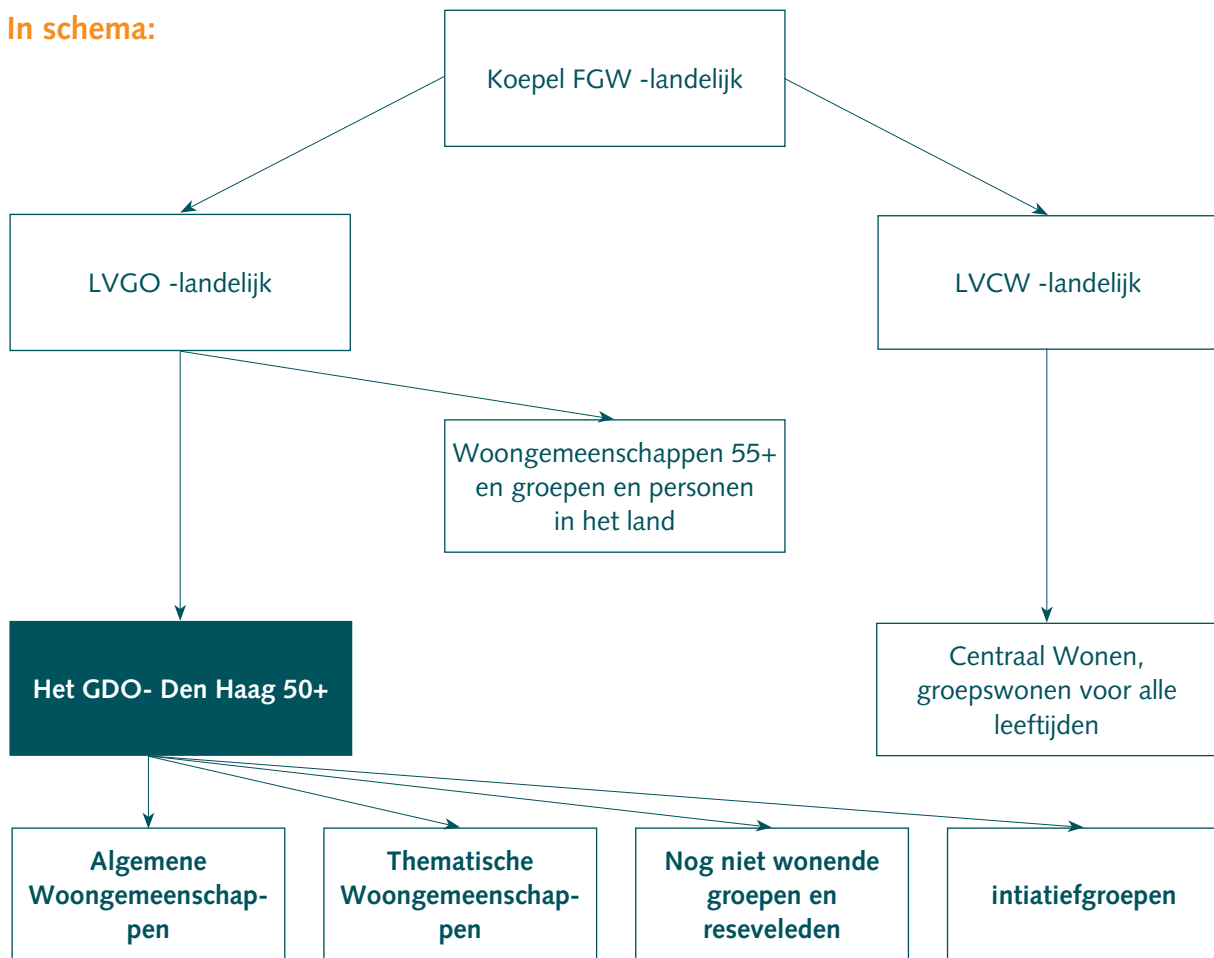
Een volgend aspect is van demografische aard. Vrouwen leven langer dan mannen. Er zijn woongemeenschappen gestart met een gelijk aantal mannen en vrouwen, waar nu alleen nog vrouwen wonen. Zonder die gemeenschap had ieder van die vrouwen alleen gewoond, met het risico op sociaal isolement. De komende generatie 50+ vrouwen is overigens net zo goed opgeleid als de mannen en voert even makkelijk een technische klus uit. Het gemis aan mannelijke bewoners zal op dat punt dus geen probleem meer vormen.

#### Allochtone woongroepen

Bij het oprichten van woongroepen met allochtonen werkt het GDO samen met de betreffende ouderenbonden. In principe bestaat er geen verschil tussen de inspanningen die de woongroep moet doen. Uit onderzoek naar allochtone woongemeenschappen dat thans door het GDO wordt verricht (8), blijkt echter dat de Nederlandse samenleving minder behulpzaam is dan de verzorgingsstaat zou doen vermoeden. Een groot aantal oudere migranten van niet-westerse afkomst leeft in armoede (onvolledige AOW), spreekt de taal onvoldoende, kent de weg niet en is dus niet

<sup>4</sup> Omdat, zoals de voorzitter van de Indische woongemeenschap het op een contactbijeenkomst van Het GDO verwoordde, eenzaamheid niet zozeer een feit is, als wel een mentale toestand.

## In schema:



FGW = Federatie Gemeenschappelijk Wonen  
 LVCW = Landelijke Vereniging Centraal Wonen  
 LVGO = Landelijke Vereniging Groepswonen van Ouderen  
 GDO = Vereniging Groepswonen door Ouderen in Den Haag

Een groep die woont, wordt een woongemeenschap genoemd en bezit rechtspersoonlijkheid. Een groep die al wel is geformeerd, maar nog niet woont, heet een woongroep. Een groep die zelfs nog geen beoogde woonlocatie heeft, heet een initiatiefgroep. Naar terminologie van LVGO en GDO.

Onder thematische woongemeenschappen wordt hier verstaan: groepen die zich formeren langs etnische, culturele of levensbeschouwelijke lijnen, dan wel gericht zijn op een gezamenlijke interesse.

zelfredzaam. De voorlichting over de WMO bereikt veel allochtonen niet omdat zij de taal niet beheersen en de huis-aan-huisbladen niet (kunnen) lezen. Door de gebrekkige communicatie vindt er nogal eens een onjuiste indicatiestelling plaats. De toegang tot allerlei voorzieningen is voor deze groep hopeloos versnipperd door een teveel aan loketten en het ontbreken van follow-up. Eventuele miscommunicatie wordt onvoldoende rechtgezet omdat men niet dóórvraagt.

Het wonen in een woongemeenschap geeft allochtone

bewoners wel emotioneel houvast en steun, maar de feitelijke hulp moet toch van buiten komen.

**Het GDO**

De naam is hierboven al verschillende keren gevallen. Het GDO in Den Haag is de officiële aanduiding voor de Vereniging Groepswonen door Ouderen (50+), opgericht in 1984. Tot nu toe zijn er 32 groepswoonprojecten gerealiseerd; drie nieuwe projecten zijn onderweg. Het GDO wordt gesubsidieerd door de gemeente Den Haag, alle

projecten zijn tot stand gekomen in de sociale huursector.

Het GDO ondersteunt bestaande woongemeenschappen die lid zijn van het GDO en helpt bij het huisvesten van nieuwe groepen. Aangesloten zijn algemene woongroepen (zeventien) en thematische woongroepen (vijftien). De thematische groepen zijn gevormd op basis van etniciteit, cultuur, levensbeschouwing of seksuele geaardheid<sup>5</sup>.

Het GDO regelt cursussen voor (bestuurders van) de woongemeenschappen - over huurrecht, financiën, het verkrijgen van subsidie of over welzijns- en gezondheidsthema's. Ook heeft het GDO een bestuurshandleiding samengesteld en is het bezig met het opstellen van een sociale kaart, speciaal toegesneden op de behoefte van de woongemeenschappen.

Minstens zes keer per jaar houdt het GDO een speciale bijeenkomst voor nieuwe geïnteresseerden. Kennismaken met het fenomeen groepswonen staat hier centraal. Er is altijd iemand van een bestaande woongemeenschap aanwezig voor praktische toelichting. Als de bezoekers besluiten lid te worden kunnen zij zich inschrijven voor een bestaande woongemeenschap (maximaal twee) of voor een bestaande woongemeenschap en een nieuw te vormen woongroep. Een consulente helpt bij het tot stand komen van zo goed mogelijke koppelingen, waarna de nieuwe leden op de reservelijst komen van een gemeenschap of groep. Inschrijven kan als enkeling, als paar of als groep. Soms worden ook spontaan groepen gevormd, zogeheten initiatiefgroepen (zie schema). Het GDO betaalt de notariskosten voor het

oprichten van de woongemeenschap als rechtspersoon en helpt bij het bijhouden van de groep tijdens de tijd die verstrijkt voordat er gewoond kan worden. Wanneer de groep gehuisvest is wordt de begeleiding minder intensief.

Als motto hanteert het GDO: *Groepswonen voor ouderen is een oplossing, laten we er dus geen probleem van maken.*

#### Literatuur:

1. Van Idealisme naar Realisme: een evaluatie van 15 jaar groepswonen in Nederland (1982-1996). Verweij-Jonker Instituut, Utrecht 1997, op initiatief van de LVGO.
2. Gemeenschappelijk wonen op leeftijd - zorgposities en sociale netwerken van ouderen in woongemeenschappen. Verweij-Jonker Instituut, Utrecht 2008, op initiatief van de FGW.
3. Eenmalige Kenniskrant van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Uitgegeven ter gelegenheid van het kenniscafé over zorg in woongemeenschappen van ouderen, 11 december 2008 ([www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl))
4. Reijn R. Herijking Groepswonen door Ouderen. Den Haag, 2008. Ter inzage bij GDO
5. Informatie en advies voor de woongroep, LGVO. Amsterdam, 2007.
6. Tilburg T van, Jong Gierveld J de. Zicht op Eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen, 2007.
7. Fokkema T, Tilburg T van. Aanpak van eenzaamheid: helpt het? NiDi, Den Haag, 2006.
8. Deelrapportage empirisch onderzoek naar de behoeften van woongemeenschappen door Lineke Breukel. GDO, Den Haag, juni 2009. Ter inzage bij GDO.

<sup>5</sup> Het GDO heeft een boekje van al deze groepen met naam, adres, huurprijs, verhuurder en appartementsgrootte. Verkrijgbaar bij GDO, Torenstraat 172, 2513 BW Den Haag, tel. 070 - 364 19 83. E-mail [info@gdo-den Haag.nl](mailto:info@gdo-den Haag.nl), website: [www.gdo-den Haag.nl](http://www.gdo-den Haag.nl).

# 'Is de OGGZ in Den Haag aan de beterende hand?'

## Een impressie van het symposium

*E.M. van Dalen en I. Burger*

Directe aanleiding voor het symposium 'Aan de beterende hand? Over gezondheid en OGGZ in Den Haag' was het afscheid van prof. dr. W.J. Schudel<sup>1</sup> van de GGD Den Haag vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Een mooie gelegenheid om nieuwe OGGZ-ontwikkelingen in Den Haag, zoals 'Den Haag Onder Dak', voor het voetlicht te brengen en te bezien tegen de achtergrond van landelijke en grootstedelijke ontwikkelingen. Verschillende experts namen de aanwezigen mee naar de OGGZ van toen - eind jaren zeventig en begin jaren tachtig - en die van nu, met als kernvraag: 'Is de OGGZ in Den Haag aan de beterende hand?'. Een leerzame schijnwerper op dertig jaar OGGZ was het gevolg.

In dit Epidemiologisch Bulletin een korte impressie. Het volledige verslag kan worden opgevraagd bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag (j.roos@ocw.denhaag.nl).

*Prof. dr. W.J. Schudel* opende de rij sprekers en benoemde de belangrijke ontwikkelingen en verschuivingen in de OGGZ van de afgelopen dertig jaar. Enkele highlights. Tot begin jaren tachtig hadden de grote gemeenten veel vingers in de pap.

Zo ook in Den Haag: de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD voerde het opname- en ontslagbeleid uit, bemiddelde actief tussen de diverse voorzieningen en instellingen en adviseerde op sociaal-medisch gebied in individuele



*Vanaf rechts: Joost Schudel, zijn echtgenote en Ton van Dijk, directeur Volksgezondheid*

<sup>1</sup> Prof. dr. W.J. Schudel is emeritus hoogleraar Klinische en Sociale Psychiatrie Erasmus Universiteit Rotterdam, wetenschappelijk medewerker verbonden aan de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag en bijna dertig jaar redactielid van het Epidemiologisch Bulletin, waarvan hij onlangs afscheid nam.

Over de auteurs:

Liesbeth van Dalen, tekstschrijver bureau Koopmans & Van Dalen Communicatie Rijswijk, e-mail: info@koopmansvandalen.nl  
Irene Burger, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

gevallen en op meso- en macroniveau. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen bezochten chronische patiënten thuis, letten op hun medicijngebruik, zelfverzorging en dagindeling. Met de komst van de RIAGG 's werd de rol van de gemeente Den Haag - in tegenstelling tot die van Amsterdam en Rotterdam - in de woorden van Schudel gereduceerd tot die van 'adviseur met een klein beetje onderzoeksfaciliteit'. De motivatie van de patiënt, inmiddels cliënt geworden, kwam centraal te staan. Longstay-afdelingen van de klassieke psychiatrische ziekenhuizen verdwenen in Nederland steeds vaker. Onder de nodige drang konden duizenden chronisch psychotische patiënten in Nederland in groepswooningen verblijven, op het terrein van de instelling, vaak ook daarbuiten. Maar niet iedereen kon dit aan, aldus Schudel. De minder- of zwakbegaafde, langdurig psychotische mensen, zonder sociale vaardigheden en/of sociaal netwerk waren meestal het slachtoffer. Schudel constateert dat vele chronisch psychotische mensen - vooral schizofrenie-patiënten - tegenwoordig met een ter beschikking stelling in detentie zitten. En zij zien, in tegenstelling tot de bewoners op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiater alleen als ze er zelf om vragen, op consultbasis. Kern van grootstedelijk beleid ten aanzien van de geestelijke volksgezondheid is volgens Schudel's overtuiging: zoeken naar en determineren van groepen of groepjes in de stedelijke samenleving met een min of meer gemeenschappelijke psychische gezondheidsproblematiek. Met voor de GGD de taak

om zich daarbij specifiek te richten op de meest zorgbehoeftige inwoners.

In het licht van de ingrijpende veranderingen die Schudel al aanstipte ging *prof. dr. P. Schnabel*, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau, in op het wezen van de acute OGGZ en de sociale psychiatrie in de grote stad. Naar aanleiding van huisbezoeken aan mensen die 'weer terug waren in de samenleving' vertelde Schnabel: "Velen vonden het winst, maar hoe waar was dat? Zolang de man of vrouw geen overlast veroorzaakte en de radio net niet te hard stond, vond de samenleving het best. Maar hoe triest is dat verhaal, hoe eenzaam is een man van dertig, zonder levensvulling, zonder mogelijkheden. Bij zo'n bezoek besepte ik weer dat psychiatrie veel meer is dan een ziekte, het is ook 'leven zonder keuzen'. Eigenlijk is dit een sociale isoleercel. Je bent weer in de samenleving, maar niemand bekommert zich om je. Het is sociale uitsluiting.", aldus Schnabel. "Als je echt sociale uitsluiting wilt voorkomen, dan moet je iemand in je hart durven sluiten en het aandurven dat de ander jouw in zijn hart sluit. En psychiatrische patiënten zijn in beide dingen niet zo goed. Dat zijn precies hun problemen, namelijk om anderen toe te laten, mee te doen met anderen en om voor anderen begrijpelijk, interessant of invoelbaar te zijn." Die factoren worden volgens Schnabel in de grote stad versterkt en wie geen sturing of omgeving heeft loopt de kans in verkeerde situaties te komen. Daarom moeten OGGZ en sociale psychiatrie ook met de mensen meelopen, daar gaat het om: "Als het lukt en



*In het midden, met microfoon: Paul Schnabel*



ze komen verder, dan heb je het maximale gedaan. Dat is voor een heel leven erg belangrijk. Meelopen doe je professioneel en niet als vriend. Je bent professionele begeleider die mensen helpt met reïntegratietrajecten, werk, maatjesprojecten, lotgenotencontacten en bemoeizorg. Iemand die niet knikt als de cliënt het liever niet wil, maar die zegt 'we vinden het nodig dat we contact met u blijven houden'. Die zorgt dat ze goed kunnen functioneren zonder hen helemaal aan hun lot over te laten. Dat is niet eenvoudig, soms lastig of zelfs frustrerend. Sommige mensen hebben gewoon hun hele leven lang begeleiding nodig".

In de veranderende samenleving valt het Schnabel steeds weer op hoe weerbarstig de psychiatrische aandoening vaak is en welke problemen het geeft in het dagelijkse leven van de mensen. Schnabel sloot af met de oproep: "Ik vraag u, blijf als hulpverleners pogen er een antwoord op te geven dat ligt tussen wat vindt de samenleving acceptabel, wat is voor de mensen acceptabel, wat kunnen ze aan en wat hebben ze nodig. Als u dat lukt, dan wordt de doelstelling van de OGGZ gerealiseerd."

**Prof. dr. B.P.R. Gersons**, hoogleraar Psychiatrie bij het AMC en senior wetenschappelijk adviseur van Centrum '45, stond allereerst stil bij de slechte omstandigheden in de psychiatrische ziekenhuizen van destijds. Mensen verloren daar hun identiteit. In reactie daarop werd de intramuralisering van de GGZ in het begin van de jaren tachtig een halt toegeroepen en kwam de nadruk te liggen op resocialisatie. De hoofdstad kende in dat kader 'Het Amsterdamse model voor de GGZ', dat als doel had de cliënten te verdelen over een regio en hen bescherming, behandeling, dagactiviteiten, onderdak en verzorging te bieden. Het beste gelukt is volgens Gersons de differentiatie van woonvormen voor langdurig zorgafhankelijken. "Voor een groot aantal patiënten is het leven wel beter geworden, maar van bevrijding van de ziekte kunnen we niet spreken. Dwang is namelijk een zeer dominante factor geworden. Het lijkt erop dat dwang nu van buitenaf wordt toegepast en er niet meer inhoudelijk wordt afgewogen of zachte dwang misschien goed kan zijn. Zoals destijds, toen je dat samen met de familie en de wijkagent deed. Toen werden er geen IBS-en of dwangmaatregelen uitgeschreven."

**Prof. dr. C.L. Mulder**, psychiater van BavoEuroport en hoogleraar OGGZ aan het ErasmusMC, pakte de geschiedenis op in 1999. Toen begon Rotterdam met

samenwerkingsverbanden op wijkniveau (met onder andere de GGZ, de verslavingszorg, politie en het maatschappelijk werk). Uit onderzoek was namelijk gebleken dat het aantal inbewaringstellingen en huisuitzettingen in wijken met zorgnetwerken lager was dan in andere wijken. In de jaren 2002-2004 trok de GGD Rotterdam de regie op het terrein van de OGGZ sterk naar zich toe. Het was de tijd van Leefbaar Rotterdam, een partij die veiligheid hoog in het vaandel had. De gemeente kon fors investeren in het verhogen van zorg, zoals met de introductie van de ACT-teams, multidisciplinaire teams voor de moeilijkste doelgroep in de OGGZ. De wethouder wilde de 700 meest overlastgevende verslaafden in Rotterdam in zorg krijgen. "Nu circuleren er, ook in de G4 steden trouwens, lijsten met namen van mensen met ernstige problemen die gevolgd en gecontroleerd worden op wat er gebeurt", bekende Mulder. Ook de bredere toepassing van de BOPZ (bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen), ook voor ernstige verslaafden zonder psychiatrische problematiek, had te maken met de behoefte van de politiek om overlastgevende cliënten uit het straatbeeld te halen. Dwang wordt veel toegepast: van de vier beoordelingen op de acute dienst in Rotterdam eindigt er tegenwoordig één in een IBS, aldus Mulder. Ten slotte memoreerde hij de grote financiële injectie van zo'n vijftien miljoen die beschikbaar is om te zorgen dat in 2010 de tienduizenden daklozen in de vier grote steden 'onder dak' zijn. Mulder deelt de opvatting van velen dat de mensen daarmee nog niet van hun andere problemen af zijn. Maar: "De extreme OGGZ problemen zijn wel degelijk minder, de veiligheid is groter. Of de mensen in kwestie het allemaal zo veel beter vinden, is echter de vraag. De leegte, het ontbreken van zingeving, die zaken zijn niet opgelost. Evenmin profiteren de GGZ en verslavingszorg ervan. Want de financiering wordt steeds moeilijker en de vraag is hoe lang we het kunnen volhouden. Om echt naast de patiënt te lopen en er tijd voor te hebben, dat is te moeilijk geworden."

Ook **Paula Bezemer**, hoofd afdeling Centraal Coördinatiepunt bij de GGD Den Haag, waardeert de enorme inzet op dakloosheid door de landelijke overheid positief. Den Haag heeft dat opgepakt onder de naam: Den Haag OnderDak, fase 1. "We moeten zorgen dat het aantal huisuitzettingen afneemt en dat de overlast aanzienlijk wordt teruggebracht. Dakloosheid na detentie mag niet meer voorkomen en dat geldt net zo goed voor uitval uit zorg." "Er is veel gebeurd, er zijn contracten afgesloten met het zorgkantoor over meerjarige samenwerking. Ook zijn

er afspraken met woningcorporaties over het beschikbaar stellen van woningen en het ontwikkelen van nieuwe en uitbreiden van bestaande woonvoorzieningen voor sociaal kwetsbaren gespreid over de stad”. Bezemer stond uitgebreid stil bij de vele elkaar aanvullende laagdrempelige en outreachende activiteiten in Den Haag, die ervoor moeten zorgen dat ‘het rondpompen van OGGZ-klanten’ nu echt tot het verleden gaat behoren. Ze noemde het *Haags Straatteam*, dat zorgt voor casefinding, signalering, bieden van beperkte zorg op straat en toeleiding. En het *Daklozenloket* in Den Haag, waar cliënten en/of hun hulpverleners terecht kunnen voor informatie en advies, hulp bij het aanvragen van een uitkering en toeleiding naar zorg, hulpverlening en opvang. Het loket wordt bezet door medewerkers van de gemeentelijke diensten Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de GGD Den Haag. Het *Haags Thuissteam* is gericht op zorgmijders. “Als er meldingen binnenkomen van bijvoorbeeld burens of familie, bijvoorbeeld over vervuiling, dan gaan de mensen van het Haags Thuissteam op huisbezoek”. En ten slotte de *Veldregisseurs*, zij bewaken of de cliënten de juiste zorg krijgen en of de ketens op elkaar aansluiten. En nu? “In 2009 gaan we verder met Den Haag OnderDak fase 2. Want wie eenmaal in zorg is moeten we echt in het oog blijven houden”.

Als laatste spreker die vanuit zijn professie de OGGZ van binnenuit kent, sprak *prof. dr. A.M. van Hemert*, psychiater bij de Parnassia Bavo Groep en hoogleraar Epidemiologie OGGZ aan het LUMC. Hij reageerde op de eerder gesignaleerde toename van dwangopnamen: “We buigen niet voor politieke druk, maar nemen mensen erg serieus. Als problemen voortkomen uit psychiatrische stoornissen dan aarzelen we niet om hen in bewaring te nemen. Ik lees en toets

elke beslissing achteraf, en geloof maar dat er regelmatig wezenlijke discussies plaatsvinden.”

Vervolgens ging Van Hemert in op een klein stukje in de OGGZ-keten in Den Haag: het politieprogramma. Van Hemert’s inschatting is dat van de mensen met psychiatrische problemen zo’n 95 procent naar goed georganiseerde geïndiceerde zorg gaat. “Veel loopt goed. Maar als mensen niet zelf naar de zorg komen dan moeten we dat signaleren en hen toeleiden... en daarvoor moet je je peilstok in je populatie houden. We zijn echter niet gewend om mensen in zorg te houden. Als de zorg klaar is, dan schrijven we iemand uit. Dat moet wel, anders krijgen we geen geld.” Dat signaleren en toeleiden is een gedeelde verantwoordelijkheid. De crisisdienst van Parnassia Bavo heeft daarom dit politieprogramma opgezet. “We gaan niet meer afwachten tot we signalen krijgen, we gaan vanuit de politie aan de slag. Op alle Haagse politiebureaus zijn verpleegkundigen aanwezig. Zij hebben uiteenlopende taken, zoals het geven van voorlichting, het beoordelen van patiënten, meegaan met de wijkagent en het bemiddelen bij spanningen met cliënten. Uit al die werkzaamheden worden veel mensen toegeleid naar zorg.” Kenmerken van de mensen die hiermee in beeld komen zijn onder andere dakloosheid, huiselijk geweld, vaak GGZ- of verslavingsproblemen of mensen ‘die even van het pad zijn en wel of geen overlast geven’. “De politie bereiken betekent de patiënt bereiken”, aldus Van Hemert. “De politie komt immers overal. Wat bemoeizorg echter lastig maakt is dat het niet wordt gefinancierd. Als wij met de wijkagent meegaan, een psychiatrische beoordeling doen en zonodig bemoeizorg inzetten, dan kost het de cliënt vaak geld: een rekening van 200 euro daar zitten juist die mensen niet op te wachten. Dat maakt bemoeizorg moeilijk”.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Elders in dit Epidemiologisch Bulletin wordt uitgebreid ingegaan op (de waardering van) dit politieprogramma.

# 'Pas als ik chloor ruik, is het goed schoon...'

*C. Kraetzer, Y. Heeg*

In de supermarkt zag een alerte adviseur van stichting Boog, een stedelijke organisatie voor samenlevingsopbouw, in de karretjes van de klanten opmerkelijk veel flessen met chloorbleek. En tijdens huisbezoeken rook ze vaak een chloorlucht. Wetend dat het gebruik van chloor schadelijk kan zijn voor gezondheid en milieu, diende ze bij het gemeentelijke programma 'Natuurlijk: gezonde wijken!'<sup>1</sup> een aanvraag in voor een serie voorlichtingsbijeenkomsten over chloor. De programmacoördinator legde contact met de afdeling Leefomgeving van de GGD, die samen met de afdeling Gezondheidsbevordering een enquête ontwikkelde om meer te weten te komen over het gebruik van chloor door Haagse huishoudens. Migrantenvoorlichters werden getraind om informatie over dit onderwerp te kunnen geven (migrantenvoorlichters geven voorlichting aan Hagenaars van niet-westerse afkomst, veelal in de eigen taal, over onderwerpen die met gezondheid te maken hebben, zoals voeding, stress en opvoeding).

De enquête werd voorgelegd -en ingevuld- aan niet-westerse vrouwen die een voorlichtingsbijeenkomst over 'Gezond schoonmaken' bezochten. Dat betekent echter niet dat autochtone vrouwen of mannen geen chloor gebruiken bij het schoonmaken. Het gaat hier ook niet om een representatief onderzoek, wel om een signaal dat serieus genoeg is om via dit bulletin onder de aandacht te brengen. Onderstaand artikel gaat over de risico's van het gebruik van chloor. Er wordt niet ingegaan op de eventuele milieuschade door chloor.

## Het risico chloorbleekmiddel

Chloorbleekmiddelen (natriumhypochloriet oplossing) vormen bij normaal gebruik geen risico voor de gezondheid. Maar bij verkeerd gebruik of bij ongelukken kunnen lokaal irriterende effecten optreden zoals roodheid van de huid, branderige ogen of irritatie van de luchtwegen. Bij langdurig of herhaald gebruik kan de huid gevoelig worden. In de praktijk wordt chloorbleekmiddel vaak gebruikt in combinatie met een reinigingsmiddel. En dan, bij het toepassen van een combinatie van chloor en zuur (zoals schoonmaakazijn of wc reiniger) kan chloorgas ontstaan. Een geringe blootstelling aan chloorgas kan leiden tot irritatie van ogen en luchtwegen. Bij hoge concentraties kan het zelfs direct een ernstige zwelling van de luchtwegslijmvliezen veroorzaken, met mogelijk verstikkingsklachten als gevolg. Chloorbleekmiddelen dienen dus *nóóit* gemengd te worden met andere producten.

Voor wat betreft de werking van chloor is het van belang te weten dat chloor een blekende en desinfecterende werking heeft, maar geen vuilbindende.

Het schoonmaken gebeurt met een schoonmaakmiddel, zoals een allesreiniger. Desgewenst kan men bleken en desinfecteren met chloor. Maar desinfectie is zelden nodig, aangezien bacteriën voor gezonde mensen over het algemeen bij normale hygiëne niet schadelijk zijn. Desinfectie kan wel nodig zijn als iemand in huis een besmettelijke ziekte heeft. De fabrikant zet op alle producten waarbij de genoemde irriterende effecten kunnen optreden een oranje gevaarsymbool. Het is aan te raden om bij gebruik van chloorbleekloog in elk geval handschoenen te dragen.

Om de voorlichting te kunnen geven zijn migrantenvoorlichters door de afdeling Leefomgeving inhoudelijk getraind op het onderwerp 'Gezond schoonmaken'. In de training is ingegaan op de werking en risico's van schoonmaakmiddelen, veiligheidsmaatregelen en de betekenis van gevarensymbolen. In de tijdens de voorlichting gehouden enquête kwamen deze onderwerpen eveneens aan bod.

<sup>1</sup> De wijkaanpak Natuurlijk: gezonde wijken! is onderdeel van het beleidsprogramma Natuurlijk: gezond! voor de periode 2007 - 2011. Centraal daarin staat het terugdringen van gezondheidsverschillen in de stad. De wijkaanpak wordt uitgevoerd in de stadsdelen Centrum, Escamp, Laak en Segbroek. Er is een actiebudget voor de vier stadsdelen, bedoeld voor activiteiten die passen bij de wijkaanpak. Rechtspersonen, zowel professionals als wijkbewoners, kunnen deze subsidie aanvragen. Programmacoördinator is mevr. C. Kraetzer GGD afdeling Gezondheidsbevordering, Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag, telefoon 070-353 32 75, e-mail c.kraetzer@ocw.denhaag.nl.

Over de auteurs:

Drs. Stans Kraetzer is cultureel antropoloog, werkzaam bij de afdeling Gezondheidsbevordering GGD Den Haag; drs. Yke Heeg is medisch milieukundig hygiënist, werkzaam bij de afdeling Leefomgeving GGD Den Haag.

### De enquête

De betreffende vragenlijst is ontwikkeld door de afdelingen Leefomgeving en Gezondheidsbevordering. De migrantenvoorlichters vroegen de bezoeksters aan het begin van de bijeenkomsten over gezond schoonmaken de vragenlijst in te vullen. De respondenten waren vrouwen in de leeftijd 25 tot 55 jaar met o.a. een Turkse, Afrikaanse, Filipijnse of Iraanse achtergrond. Gevraagd werd of men chloor gebruikt en zo ja, hoeveel en waarvoor en of men alternatieven kent voor chloor. De vrouwen vulden de vragenlijst vaak individueel in, maar ook wel gezamenlijk. Soms ontstonden in de groep hele discussies over schoonmaken. De vragenlijsten zijn niet altijd consequent ingevuld, sommige vragen werden overgeslagen, andere dubbel beantwoord. Tweënzestig vrouwen vulden de vragenlijsten in.

### Uitslag enquête

#### Het gebruik van chloor

Alle respondenten bleken chloor te gebruiken, voor de wc, de badkamer en de keuken. Bijna iedereen gebruikt chloor op de eerste plaats 'omdat het goed schoonmaakt'. Daarnaast gaf men als reden voor het gebruik van chloor dat het goedkoop is, bacteriën doodt, een schoon gevoel geeft, hygiënisch is, tegen rioolluchtjes werkt, bleekt, de was er wit van wordt, om te desinfecteren of omdat je er een frisser gevoel bij krijgt. Ondanks dat chloor veel klachten kan geven gebruikt men het middel op grote schaal. Bijna alle vrouwen gebruiken chloor, dagelijks, of één tot een aantal keer per week. Ook de hoeveelheid chloor die men gebruikt is flink, soms meer dan 1 liter per week (9 respondenten), of ongeveer 1 liter per maand (36). Anderen gebruiken ongeveer 1 liter per jaar (12).

#### De werking van chloor

Op drie na waren de respondenten van mening dat chloor goed schoonmaakt. Het grootste deel van hen (45) dacht dat chloor dezelfde werking heeft als zeep. De meeste respondenten (57) waren van mening dat chloor bacteriën doodt, de overigen dachten van niet.

#### Bescherming

Door handschoenen te gebruiken kan men zich beschermen tegen schoonmaakmiddelen. Ruim de helft van de vrouwen (33) gaf echter aan geen handschoenen te gebruiken, een groot deel (21) wel en een aantal (11) soms. Redenen om geen handschoenen te gebruiken waren: 'ik ben het niet gewend', 'ik spuit in wc en doucheputje en raak de chloor niet aan', 'kan er niet mee werken', 'ik vind het niet zo lekker zitten',

'omdat ik kleine hoeveelheden gebruik en het dus niet nodig vind', 'kan er niet tegen', 'ik denk er niet over na', 'werk met borstel', 'geen zin' en 'weet niet'. Sommigen gebruiken altijd of soms handschoenen, want: 'ik gebruik alleen handschoenen als ik lang bezig ben met schoonmaken', 'maakt handen kapot', 'ik kreeg rode uitslag', 'beschermt tegen irriterende werking', 'is gezonder voor de huid', 'hygiënisch', 'er zitten bijtende stoffen in', 'ik kreeg gevoelige handen', 'bescherming tegen bacteriën', 'niet goed voor de huid', 'ik heb allergie', 'uitdrogen', 'omdat het gevaarlijk is voor handen en nagels'.

Fabrikanten zetten stickers op producten om te waarschuwen. Maar een aantal vrouwen ziet de oranje stickers over het hoofd (15), een deel (6) weet niet wat het betekent en anderen denken (37) dat het gevaar betekent: 'gevaarlijk voor de luchtwegen', 'dit product niet mengen' of 'irriterend'.

#### Gecombineerd gebruik van schoonmaakmiddelen

Hoewel het merendeel van de respondenten chloor niet samen gebruikt met andere schoonmaakmiddelen, doet ongeveer een derde dat wel. Respondenten combineren chloor o.a. met afwasmiddel, waspoeder (bij het inweken van witte was), allesreiniger of zeep-tabletten. Dit vindt plaats in de wc, de badkamer, de keuken, het trappenhuis en bij de was of de afwas.

#### Gezondheidsklachten

Een deel van de vrouwen (14) gaf aan geen last te hebben van het gebruik van chloor en één had geen last meer 'omdat ik minder chloor gebruik'. De anderen zeiden last te hebben van branderige ogen (23), irritatie luchtwegen (21), benauwdheid (15), roodheid van de huid (11), hoesten of hoofdpijn.

#### Alternatieven

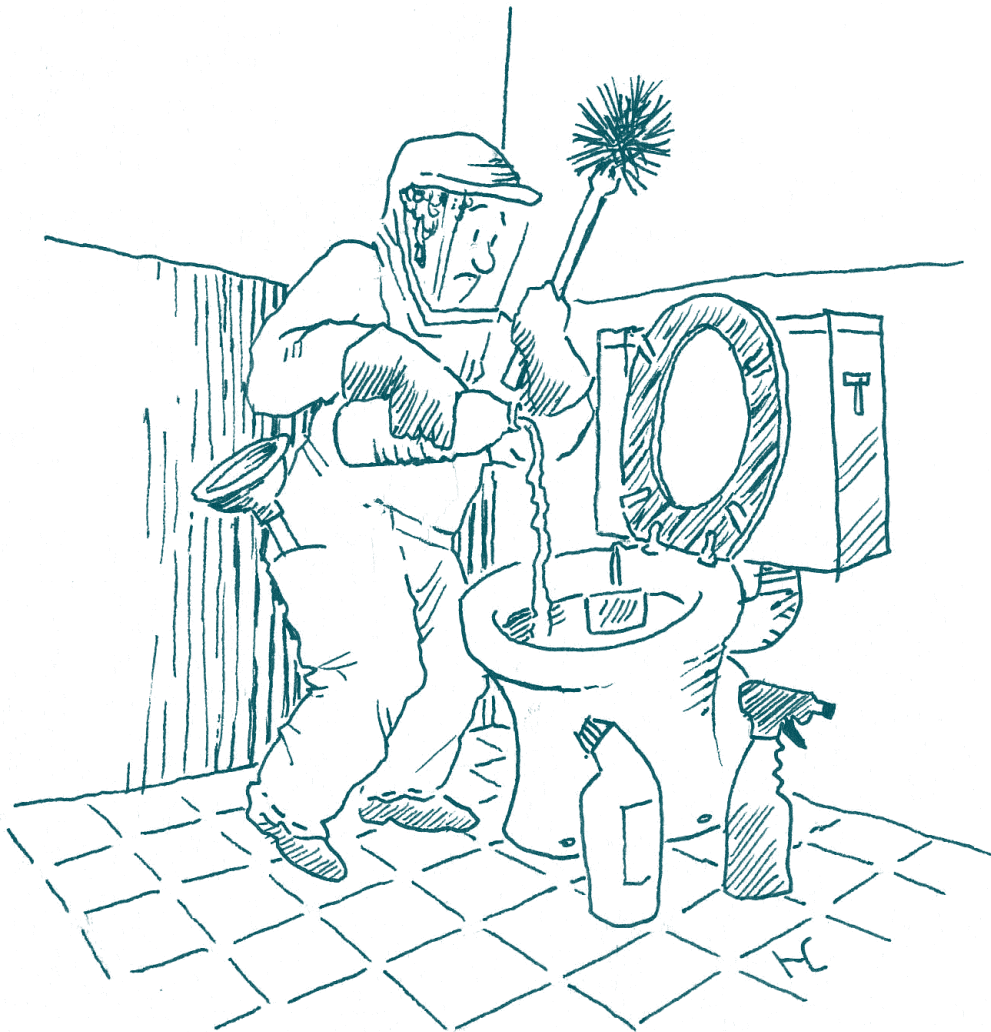
De helft van de respondenten kon niet op alternatieven komen voor chloor. De anderen noemden o.a. allesreiniger, spiritus, afwasmiddel, natuurproducten en/of schoonmaakazijn als alternatieven. Men kiest voor alternatieven omdat het fris is, beter voor het milieu, gezond, beter en veiliger en minder irriterend, omdat het goed reinigt, ontvet en bacteriën doodt, of vanwege allergie voor chloor. Als redenen om geen alternatieven te gebruiken werden genoemd: 'het is duurder', 'uit gewoonte', 'ik weet niet welke' of 'ik kan niet zonder chloor want pas als ik chloor ruik, is het goed schoon'.

**Conclusie**

Er wordt veel gepoetst door Haagse vrouwen van niet-westerse afkomst. Alle ondervraagde vrouwen gebruiken chloor bij het schoonmaken. Hoewel chloor feitelijk alleen een blekende en desinfecterende werking heeft, wordt het vaak gebruikt als huishoudelijk schoonmaakmiddel. Bijna iedereen gebruikt chloor erg frequent (dagelijks tot een aantal keer per week) en regelmatig in grote hoeveelheden (tot 1 liter/maand). Oók als men duidelijke klachten heeft zoals roodheid van de huid, branderige ogen of irritatie van de luchtwegen en zelfs als men wéét dat deze klachten een gevolg zijn van het gebruik van chloor -wat bij een derde van de respondenten het geval is-, dan nog blijft men chloor gebruiken om

schoon te maken.

Meer kennis over de werking van chloor is gewenst. Gezien de gezondheidsrisico's bij verkeerd gebruik -irritaties van huid, ogen, luchtwegen, bij gecombineerd gebruik van chloor en zuur zelfs kans op verstikking-, is bewust gebruik van chloor nodig. Het advies is om het gebruik van chloor zoveel mogelijk te beperken. Indien men besluit om wel chloor te gebruiken dient men daarbij handschoenen aan te trekken en goed te ventileren. En chloor mag men nooit mengen met andere producten. De GGD voert in een aantal Haagse stadsdelen campagne voor een gezond binnenmilieu en neemt voorlichting over chloor in ieder geval in deze campagne mee.



Illustratie: Hildo Coben

# Korte berichten

## Actueel

### Influenza A (H1N1)

Wereldwijd zijn er nu, op 25 oktober 2009, zo'n 440.000 laboratoriumbevestigde besmettingen met het Nieuwe Influenza A (H1N1)-virus. Tevens zijn er meer dan 5.700 doden gerapporteerd bij de World Health Organisation (WHO). In Noord- en Zuid-Amerika is sprake van grootschalige transmissie en lijkt de tweede griepgolf een feit. Inmiddels is gebleken dat de ziekte mild verloopt, tot nu toe niet ernstiger dan een normale seizoensgriep. In Nederland is het aantal vastgestelde besmettingen relatief nog beperkt. In Europa komen tot nu toe de meeste besmettingen voor in Ierland, Engeland, IJsland, België en Nederland. In Nederland neemt momenteel het aantal ziekenhuisopnames toe (335 in totaal) en zijn inmiddels 10 patiënten overleden.

De nieuwe Influenza A (H1N1) is in de regio Haaglanden niet onopgemerkt voorbij gegaan. Het eerste alert-bericht van de World Health Organisation (WHO) en vervolgens van het RIVM over Nieuwe Influenza A kwam op vrijdag 24 april jl. Hierop vond direct informeel overleg plaats tussen beide GGD'en in de regio Haaglanden.

Op maandag 27 april was er een eerste formeel overleg met de GGD Den Haag, GGD Zuid-Holland West en de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen). Hier werd afgesproken dat de bestaande regionale 'Ambtelijke stuurgroep grootschalige infectieziekten'

bijeen zou komen; dit is het overlegorgaan van de GHOR en de GGD'en, waarbij de GHOR de coördinatie op zich neemt. Ook werd afgesproken dat er met de in 2006 vastgestelde draaiboeken zal worden gewerkt. De draaiboeken worden waar nodig geactualiseerd. Sinds het begin van de uitbraak is er iedere twee weken overleg over de actualiteit rond de Nieuwe Influenza A, tussen de GHOR en de twee GGD'en in Haaglanden. De overlegfrequentie en mate van opschaling worden wekelijks geëvalueerd en kunnen zo nodig worden aangepast.

Op 29 april heeft de GHOR, namens de GGD'en, alle artsen, ziekenhuizen en bestuurders (wethouders Zorg en burgemeesters in Haaglanden) geïnformeerd over de situatie en wat er van hen wordt verwacht. Na deze eerste brieven worden de huisartsen en ziekenhuizen periodiek geïnformeerd over de stand van zaken. Het gemeentelijk contactcentrum van Den Haag is ingezet voor de algemene publieksvoorlichting. Daarnaast zijn alle artsen en verpleegkundigen van de verschillende afdelingen van de GGD'en voor de zomervakantie geschoold om een dreigende pandemie het hoofd te kunnen bieden.

In de regio Haaglanden heeft bij een aantal personen laboratoriumonderzoek plaatsgevonden. Omwille van de privacy wordt geen nadere aanduiding van de woonplaats gedaan. Wel worden de betreffende burgemeesters op de hoogte gehouden van bevestigde gevallen in hun gemeente. In alle gevallen hebben

de GGD'en de noodzakelijke maatregelen getroffen rond de contacten van deze patiënten (conform het landelijke protocol). Het bestuur van de Hulpverleningsregio Haaglanden heeft de GHOR opdracht gegeven om samen met de twee GGD'en in Haaglanden een degelijk grootschalig infectieziekten-probleem op te pakken voor de gehele regio. Zij ondersteunen elkaar onderling en werken samen alsof er sprake is van één organisatie. De Regionaal Geneeskundig Commandant (tevens directeur GGD Den Haag) heeft hierin ambtelijk de leiding.

Deze organisatie bereidt zich voor op twee scenario's:

1. Een massavaccinatie van de gehele bevolking (of voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld alle 0-4jarigen) in de regio Haaglanden. Deze kan pas plaatsvinden nadat er een vaccin is ontwikkeld en beschikbaar gesteld door het RIVM. De voorbereidingen hiervoor zijn echter van zodanige aard dat voor de zomervakantie besloten is om hier vast mee te beginnen, zodat gelijk gestart kan worden zodra dat nodig is.
2. Een pandemie, massale uitbraak: wanneer nog geen massavaccinatie heeft plaatsgevonden, en veel mensen ziek worden door de snelle verspreiding van het virus, heeft dit consequenties voor o.a. de ziekenhuiscapaciteit en de (medische) personele capaciteit. Voor de belasting van het zorgsysteem is de mate van ziekte van de patiënten met Nieuwe Influenza A van belang. Die ziet er tot op heden niet ongunstig uit, maar dat kan veranderen. Ook

deze draaiboeken zijn de afgelopen periode nader bezien en waar nodig geactualiseerd.

#### Interactieve voorlichting over seks en alcohol

Door overmatig alcoholgebruik o.a. tijdens het uitgaan wordt risicovolle seks onder invloed van alcohol een belangrijk voorlichtingsthema op scholen. Dit gegeven was voor de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag aanleiding om samen met theatergroep Drang een interactieve voorlichtingsvorm te ontwikkelen over seks en alcohol.

Het project is een aanvulling op het voorlichtingsprogramma 'De Gezonde school en genotmiddelen'.

Alleen via folders of klassikale lessen voorlichten over seks en alcohol, leek niet voor alle scholieren voldoende of werkte zelfs drempelverhogend. Daarom is gezocht is naar een actieve vorm

die doelmatig is en de scholieren aanspreekt. Drang was bereid een toneelstuk met dit doel te schrijven. De afdeling Gezondheidsbevordering reikte de voorlichtingsthema's aan, de regisseur van Drang werkte ze uit. Zij schreef op basis van improvisatie de teksten en zette ze op (bestaande) muziek, ritmisch gebracht in hardrock en hip hop stijl. Een enthousiast team van zes acteurs (drie jongens en drie meisjes) van rond de twintig jaar studeerde de teksten in. In twee maanden tijd stond het stuk op de planken. In de Drangstudio, aan de Schelpkade in Den Haag, is de voorstelling dit voorjaar enkele weken gespeeld, met verschillende voorstellingen op een dag. Uitgenodigd waren klassen van het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs in Den Haag. De leerlingen waren tussen de vijftien en twintig jaar, zodat verwacht mocht worden dat de meesten wel enige ervaring hadden

met seks. Zo'n tachtig leerlingen konden de voorstelling tegelijk bijwonen. Het stuk is in het voorjaar veertien keer gespeeld, waarmee ruim elfhonderd scholieren zijn bereikt. Wegens groot succes zijn in november en december nog eens tien voorstellingen gespeeld, in Theater Culturalis in de Schilderswijk.

Een impressie van een optreden. De acteurs spelen verschillende types, zodat er altijd wel een speler is met wie je je kan identificeren. Met veel power passeren thema's als versieren, seks en vrijen, wat wil/doe je wel en wat niet? Hoe ga je om met groepsdruk? Wat is stoer? Waar liggen je grenzen en hoe geef je die aan? Wat deel je met je vrienden? Waarin verschillen jongens en meisjes in seksuele gevoelens. Wat als je homoseksuele gevoelens hebt? Wat bij spijt achteraf? Wat is de rol van alcohol daarbij? De passages worden verluchtigd met





humor: 'Waarom is er geen Tom Tom voor de erotische zones van een vrouw?'. Sommige jongens en meiden in het publiek gaan gelijk op in het spel, anderen aarzelen maar naar verloop van tijd is er herkenning of ontspanning door de ingebrachte humor. Slecht een enkeling distantieert zich vrijwel geheel van het gepresenteerde, desinteresse of in verlegenheid gebracht? De voorstelling duurt een half uur. Daarna wordt er over de thema's nagepraat met de acteurs van Drang. Zij gaan het gesprek aan met de scholieren, niet de docenten, die volgen de discussie op afstand.

Aan het einde van de voorstelling ontvingen de docenten informatie-materiaal over seksualiteit en alcohol. Ook de scholieren konden materiaal meenemen. Bij vragen kon men altijd contact opnemen met de contactfunctionaris van de

afdeling Gezondheidsbevordering. Met de docenten is het project geëvalueerd. Per mail kregen ze een korte vragenlijst toegezonden, waarop velen hebben gereageerd.

Informatie: GGD, afdeling Gezondheidsbevordering. Paul ter Wee (tel.: 070 353 72 58; e-mail: p.terwee@ocw.denhaag.nl). De foto's zijn van Paul de Haan (www.pauldehaan.nl).

## Onderzoek

### Promotie

Ter verkrijging van de graad Doctor aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, faculteit der Sociale Wetenschappen verdedigde Diana van Bergen op 25 juni j.l. met succes haar proefschrift 'Suicidal Behavior of

*Young Migrant Women in The Netherlands: a Comparative Study of Minority and Majority Women.*

Aanleiding voor haar promotie-onderzoek waren de veront-rustende parasuïdecijfers in Den Haag over 1987-1994 waar in dit bulletin herhaaldelijk over is gepubliceerd (1)(2): 15-24-jarige Surinaams-Hindostaanse en Turkse vrouwen en 15-19-jarige Marokkaanse meisjes vertonen vaker dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten en jonge mannen uit dezelfde etnische groep suïcidaal gedrag zonder dodelijke afloop<sup>1</sup>. Haar onderzoek bevestigde de kwetsbaarheid van Turkse en Surinaams-Hindo-staanse jonge vrouwen (12-18 jaar).

Vervolgens heeft zij gekeken naar hoe suïcidaal gedrag en suïcide ideatie (het denken aan en fantaseren over suïcide) bij jonge



Hindostaans-Surinaamse, Turkse en Marokkaanse vrouwen kan worden verklaard in relatie tot hun etnische afkomst. Zij kwam tot de slotsom dat een samenspel van autonomie, normatieve beeldvorming over vrouwen die hun ondergeschikte rol versterkt, het aanwezig zijn van een gebrek aan gevoel van eigenwaarde en een gemis van verbondenheid en betekenisvolle sociale relaties in het gezin cruciale punten zijn voor suïcidaal gedrag bij vrouwen in deze bevolkingsgroepen. Bij Surinaams-Hindostaanse jonge vrouwen - als ook bij Nederlandse - die een poging tot zelfdoding hadden gedaan, viel op dat zij weinig verbondenheid en steun hadden gekend binnen hun familie.

1. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 3: 18-25.
2. Schudel WJ, Struben HWA en JM Vroom-Jongerden. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
3. Burger I, AM van Hemert, CA Bindraban, WJ Schudel. Parasuïcides in Den Haag; meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr 4: 2-8.

## Cursussen

### Visie op public health en actuele ontwikkelingen

Neem kennis van visies in de public health en van actuele ontwikkelingen. Vorm zelf een visie op een voor u relevant onderwerp.

**Doelgroep:** de arts, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie.

**Data:** donderdag en vrijdag 14, 15, 21 en 28 januari, 4 en 11 februari 2010

**Kosten:** € 2.450

**Locatie:** Amsterdam

**Link:** <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=273>

### Lokaal en integraal gezondheidsbeleid nieuw

Leer hoe u meer invloed kunt hebben bij het vormgeven en implementeren van de nieuwe nota's volksgezondheidsbeleid en het integraal gezondheidsbeleid in uw regio.

**Doelgroep:** beleidsmedewerkers van public health-organisaties of gemeenten, preventiewerkers en andere professionals die een actieve rol hebben of willen spelen in het lokaal gezondheidsbeleid en facetbeleid.

**Data:** dinsdag 2 en 9 maart 2010

**Kosten:** € 700

**Locatie:** Utrecht

**Link:** <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=463>

### Inleiding in de economie van de Public Health

Verdiep u in de economische aspecten van collectieve versus individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Belicht worden o.a. kosten-batenanalyse, kosten-effectiviteitanalyse, balanced scorecard en QUALY's.

**Doelgroep:** de arts Maatschappij

& Gezondheid, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie. U beschikt over vier jaar werkervaring op academisch of management niveau in de publieke gezondheidszorg.

**Data:** woensdag 3, 17 en 24 maart 2010

**Kosten:** € 1.050

**Locatie:** Amsterdam

**Link:** <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=61>

### Schrijfvaardigheid en argumentatie

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

**Doelgroep:** de schrijver van adviesteksten, die zijn schrijftaak efficiënter en professioneler wil aanpakken. We denken daarbij aan: al dan niet geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, projectmanagers, professionals of een projectcoördinatoren werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of andere maatschappelijke organisaties.

**Data:** woensdag 10 en 31 maart en 14 april 2010

**Kosten:** € 1.050

**Locatie:** Amsterdam

**Link:** <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=66>

<sup>1</sup> Uit recent onderzoek in Den Haag kon het verhoogde vóórkomen onder Marokkaanse meisjes niet worden bevestigd (3).

**Public health in de Europese Unie**  
Public health overstijgt de nationale grenzen. Raak in deze module vertrouwd met de betekenis en impact van het Europese volksgezondheidsbeleid voor Nederland.

Doelgroep: professionals in de publieke gezondheidszorg met belangstelling voor internationale aspecten van public health. U beschikt over vier jaar werkervaring op beleidsniveau in de openbare gezondheidszorg.

Data: maandag 22 en 29 maart en 12 april 2010

Kosten: € 1.100

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.oc?pageid=32&id=64>

*Informatie over alle cursussen via [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), tel. 020-409700, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).*

## Aangiften infectieziekten

### Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2009, 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, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tweede kwartaal 2009 gemeld (113, exclusief de meldingen van TBC), is iets hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2008 (91). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan iets meer meldingen van hepatitis A en kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

#### *Hepatitis A*

Er werden in deze periode 1 mannelijk en 4 vrouwelijke gevallen gemeld. In alle gevallen was de ziekte opgelopen in Nederland, maar 4 van de 5 patiënten waren afkomstig van landen waar hepatitis A veel voorkomt.

#### *Hepatitis B*

Het aantal hepatitis B meldingen

(41:40 chronische gevallen en 1 acuut geval) is vergelijkbaar met dat in dezelfde periode in 2008. In de categorie chronische gevallen zijn mannen tweemaal meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij 1 man, waarschijnlijk opgelopen door seksueel contact in Nederland.

#### *Kinkhoest*

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (55) is het dubbele van dezelfde periode in 2008. Het betreft (bij patiënten tot 20 jaar bij wie dit bekend was) bijna allemaal gevaccineerde personen, vooral boven 5 en onder 50 jaar. Of dit ook een landelijke trend is is vooralsnog niet bekend, aangezien de landelijke statistieken van 2009 nog niet toegankelijk zijn.

#### *Legionellose*

Het enige geval van deze ernstige longontsteking betrof een 63-jarige man die in Italië was besmet.

#### *Malaria*

Het aantal gemelde malaria-gevallen (2) is hetzelfde als tijdens dezelfde periode vorig jaar.

Het betrof 1 man en 1 vrouw, afkomstig uit Afrika, die in het

### *Infectieziekten gemeld door instellingen 2009, Den Haag.*

Ziektecategorie 2009	KDV	kindercentrum	woonvoorziening	school	Totaal
Huidziekten		2	1	1	4
Vlekjesziekten	1	2		1	4
	1	4	1	2	8

Het aantal meldingen uit instellingen is 40% lager dan gedurende de zelfde periode in 2008. Er is geen verklaring hiervoor. Alle meldingen betroffen vlekjesziekten en huidziekten. Het ging om vermoedens op de vijfde ziekte en andere vlekjesziekten bij kinderen, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven en scholen die deze aandoeningen gemeld hebben.

thuisland waren besmet omdat zij geen profylaxe hadden geslikt tegen malaria.

#### *Meningokokkenziekte*

Het betreft twee volwassenen die besmet waren door een type meningokokken waartegen in Nederland niet wordt gevaccineerd. Tegen type B bestaat nog geen vaccin en tegen type W135 wordt slechts gevaccineerd n.a.v. een reis naar het buitenland.

#### *Nieuw influenza A*

In het tweede kwartaal zijn 3 personen positief bevonden door de GGD.

#### *Paratyfus*

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Er werd 1 man gemeld, besmet in Pakistan.

#### *Psittacose*

Van deze ziekte, die kan leiden tot een longontsteking, werd 1 geval gemeld. Het betrof een man besmet door zieke parkieten in de eigen woning.

#### *Shigellose (bacillaire dysenterie)*

Vier gevallen werden gemeld. De besmetting van 2 gevallen vond plaats in Nederland, waarvan 1 geval zeer waarschijnlijk door onveilig homoseksueel contact. De overige besmettingen vonden plaats in Afrika.

#### *Voedselinfecties*

Er is 1 geval van voedselinfectie gemeld. Het betreft een echtpaar die zeer waarschijnlijk door eenzelfde voedingsbron besmet zijn. De besmettingsbron is niet vastgesteld.

### **Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2009 voor de regio Zuid-Holland West**

#### *Nieuwe Influenza A (H1N1)*

Sinds april is de Nieuwe Influenza A (H1N1) een A-ziekte. Bij vermoeden van deze ziekte moet een arts de ziekte bij de GGD melden. In de regio van de GGD Zuid-Holland West is er 20 keer bemonsterd en zijn twee gevallen van Nieuwe Influenza A (H1N1) gevonden. De betreffende personen waren in Mexico en de VS geweest en ontwikkelden griepachtige verschijnselen.

#### *Hepatitis A*

Er was 1 melding van hepatitis A. De patiënt had contact gehad met een patiënt met hepatitis A. Ondanks uitgebreide voorlichting over de hygiëne heeft er toch overdracht plaatsgevonden.

#### *Hepatitis B*

Er zijn 9 meldingen van hepatitis B geweest. In 1 geval ging het om een acute besmetting die seksueel was overgedragen.

#### *Kinkhoest*

Er waren 112 meldingen van kinkhoest. Het aantal meldingen is vooral in de maand juni (60) fors gestegen ten opzichte van maanden daarvoor. Deze stijging voor de zomer is de laatste jaren steeds zichtbaar. De GGD doet contactonderzoek om met name de niet of onvolledig gevaccineerde zuigelingen onder een jaar te beschermen.

#### *Legionellose*

Er was een melding van een patiënt met Legionellose. Uit het brononderzoek kwam als meest waarschijnlijke bron een aantal hotels in Duitsland.

#### *Meningokokkose*

Er was een melding van meningokokkose van een kind van nog geen jaar oud. Het ging om een Neisseria meningitidis type Y. Dit type komt sporadisch voor in Nederland. De gezinscontacten hebben profylactisch antibiotica gekregen.

#### *Psittacose*

Eén melding van Psittacose bij een 37-jarige man. De meest waarschijnlijke bron is een dierenwinkel. De Voedsel en Warenautoriteit heeft onderzoek gedaan in de winkel maar op dat moment zijn geen besmette vogels aangetroffen.

#### *Q-koorts*

Er was een melding van de diagnose Q-koorts bij een 73-jarige vrouw. Zij was in Noord-Brabant op kampeervakantie geweest. Gezien het voorkomen van Q-koorts in die regio is het waarschijnlijk dat zij de ziekte daar heeft opgelopen.

#### *Rubella*

Een man van 35 jaar is gemeld met rubella. Hij is als kind gevaccineerd. Een mogelijke bron is onderzocht maar bleek negatief. De GGD heeft niet kunnen achterhalen waar hij de rubella heeft opgelopen.

#### *Shigellose*

In het tweede kwartaal is er drie maal een melding van Shigellose geweest. De ziekten waren opgelopen in Irak, Ethiopië en Nederland.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

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

## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het tweede kwartaal 2009			De voorgaande 4 kwartalen					t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 2e kw. 2009	GGD-Zuid-Holl. West 2e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 2e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 2e kw. 2008**)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	4	3	7	12	10	16	5	12	19
	buiktyfus					2	2	1		
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									2
	hepatitis A	5	1	6	5	5	10	9	15	9
	hepatitis B *)	41	9	50	71	59	44	73	123	116
	hepatitis C									
	kinkhoest	55	112	167	104	125	118	100	267	166
	legionella pneumonie	1	1	2	5	8	1	5	7	10
	mazelen					53	1	1	1	2
	meningokokkose	2	1	3	2		2	1	4	4
	paratyfus A	1		1	1		1		1	2
	paratyfus B (C)					6	2			
	tuberculose	25***		25***	25***	25***	25***	28	53***	53
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	1		1	2		1	1	2	4
	C-ziekten	brucellose								
E.coli 0157						1		1	1	2
leptospirose							1			
malaria		2		2	2	10	5	3	5	4
ornithose/psittacose		1	1	2			3		2	1
Q-koorts			1	1			1		1	
rode hond			1	1					1	
<b>totaal</b>	<b>138</b>	<b>130</b>	<b>268</b>	<b>233</b>	<b>312</b>	<b>228</b>	<b>227</b>	<b>495</b>	<b>394</b>	

\*) Inclusief dragers.

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

\*\*\*) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

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, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland (de laatste 4 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).