



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 47, 2012, nummer 1

inhoud

Redactioneel

volksgezondheid

De organisatie van zorg en welzijn; leerpunten en valkuilen

How to bend the trend?

Effectiviteit van overheidsbeleid in de publieke gezondheid, met name op het gebied van overgewicht

Nieuwe ontwikkelingen voor dialysepatiënten

Compact thuishemodialyseapparaat geeft mogelijkheid voor zelfmanagement

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) in Moerwijk

epidemiologie

Depressie in Den Haag

Het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen

korte berichten

Colofon

Maart 2012, 47ste jaargang nr. 1

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
B. van Gent, arts, MHA, Florence Den Haag
M. Lemmink, GGD Zuid-Holland West
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD,
Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EMG: tel.: 070 - 353 72 66,
fax : 070 - 353 72 92, e-mail: j.roos@ocw.denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet

[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Gezondheidsonderzoek.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Gezondheidsonderzoek.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag, Intern Dienstencentrum

Fotografie

De foto's op pagina 17 en 22 zijn gemaakt door de
betreffende auteurs

Uitgave

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

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen
tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en
onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.
De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving
van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen
mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs
kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij
wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het
redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Volksgezondheid	
De organisatie van zorg en welzijn; leerpunten en valkuilen <i>Ben van Gent</i>	2
How to bend the trend? Effectiviteit van overheidsbeleid in de publieke gezondheid, met name op het gebied van overgewicht <i>Sjaak de Gouw</i>	6
Nieuwe ontwikkelingen voor dialysepatiënten Compact thuishemodialyseapparaat geeft mogelijkheid voor zelfmanagement <i>Jolanda Jousma, Marc Groeneveld, Sofia Afenich, Prataap Chandie Shaw</i>	12
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) in Moerwijk <i>Bert Potemans</i>	21
Epidemiologie	
Depressie in Den Haag Het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen <i>Paul Uitewaal</i>	23
Korte Berichten	30

Redactioneel

Een uitnodiging aan de lezer

Dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin opent met een op persoonlijke titel geschreven artikel van een van de redacteuren. Het beschrijft de invloed van de ontwikkelingen in de afgelopen decennia op het terrein van het gezondheidszorgbeleid op de infrastructuur, die beschikbaar is om de hedendaagse uitdagingen aan te gaan waar de zorg zich voor gesteld ziet. Wij hopen met dit artikel een discussie op gang te brengen, niet alleen over het (landelijke) gezondheidszorgbeleid, maar ook over de manier waarop we de optredende nadelen zo goed mogelijk kunnen ondervangen in onze regio. *De lezer is bij dezen nadrukkelijk uitgenodigd om op dit artikel te reageren.* Over landelijk beleid gesproken, op 19 januari promoveerde de directeur van de GGD Hollands Midden op een proefschrift over de effectiviteit van het overheidsbeleid bij het keren van de huidige trend dat steeds meer mensen overgewicht hebben. Het beeld dat de promovendus schetst is een beetje somber; en ook dat nodigt wellicht uit tot reacties. Wederom willen wij de lezer gaarne hiertoe uitnodigen.

Preventie en zelfmanagement: een doorgaande lijn

In Nederland zijn preventie en curatie twee gescheiden werkelijkheden. De laatste jaren klinkt de roep om samenwerking weliswaar steeds luider, maar tot veel veranderingen in de praktijk heeft het nog niet geleid. Voor een deel ligt dit aan de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. Preventie is vooral een taak van gemeenten, die dit uitvoeren via de GGD'en. We noemen dit wel de nulde lijn. Curatie is een taak van eerste en hogere lijnen. De financiering gaat geheel van dit principe uit. De nulde lijn wordt betaald uit overheidsmiddelen: het gemeentefonds. De andere lijnen worden betaald uit de premies van de Ziektekostenverzekeringwet. Binnen de curatieve sector zien met name de huisartsen in toenemende mate het belang in van preventie.

'Tegenwoordig wordt steeds sterker het accent gelegd op de noodzaak dat mensen zelf verantwoordelijkheid nemen voor het behoud van hun gezondheid'

Gegeven de huidige en de te verwachten ontwikkelingen is dat ook verstandig: het systeem loopt vast als we gewoon doorgaan op de huidige weg. De financiering van preventieve activiteiten door de huisarts kent echter veel hobbels. Zo is bijvoorbeeld de betaling van het Preventieconsult door de huisarts nog niet geregeld. Dat is spijtig, want op deze manier is het moeilijk om een doorgaande lijn te realiseren. Immers, steeds sterker wordt in de preventie het accent gelegd op de noodzaak dat mensen zelf verantwoordelijkheid nemen voor het behoud van hun gezondheid. Die lijn kan naadloos doorlopen naar zelfmanagement bij ziekten als diabetes of COPD. Want ook in de curatieve zorg wordt, vooral bij chronische aandoeningen, steeds meer de verantwoordelijkheid neergelegd bij de patiënt zelf, onder de noemer van zelfmanagement.

Deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin beweegt zich aan beide zijden van de scheidslijn tussen preventie en curatie. In het artikel over thuisdialyse wordt een nieuwe ontwikkeling geschetst die veel meer mogelijkheden biedt dan er nu bestaan, voor zelfmanagement door nierpatiënten. Het artikel over CardioVasculair RisicoManagement beschrijft een activiteit waarbij wijkbewoners worden uitgenodigd om mee te doen aan een preventief programma, waarin zij zelf een grote verantwoordelijkheid moeten nemen.

De doorgaande lijn van preventie en zelfmanagement wordt ongetwijfeld herkend door de lezer, die wellicht betrokken is bij vergelijkbare projecten. Wij nodigen onze lezers daarom graag uit om beschrijvingen van dergelijke grotere en kleinere projecten aan ons op te sturen, zodat wij hier eveneens aandacht aan kunnen schenken. In het -dit keer achter 'Volksgezondheid' geplaatste- katern 'Epidemiologie' ten slotte, vindt de lezer een artikel waarin beschreven wordt hoe binnen Den Haag de kansen op het krijgen van een depressie zijn verdeeld. Opmerkelijk zijn het weer eens de grote sociaal-economische en etnische verschillen in kansen op gezondheid, die aan het licht komen.

De organisatie van zorg en welzijn; leerpunten en valkuilen

Ben van Gent

De gezondheidszorg in Nederland heeft op basis van de in de loop der jaren gegroeide infrastructuur een bijzondere positie ontwikkeld, met verschillende organisatiestructuren voor cure, care en preventie.

Helaas worden de successen binnen één van de drie te weinig benut voor de overige twee. Wat waren eigenlijk ooit die succesvolle structuren? Wat zijn in de huidige tijd krachtige pijlers voor zorg en welzijn en wat betekent dat voor cliënten/verzekerden, politici en bestuurders?

In onderstaand artikel analyseert de auteur de structuren van weleer en schetst hij een nieuwe, resultaat gestuurde opzet van zorg en welzijn. Het is een opiniërende bijdrage, waarmee de redactie van het bulletin een dialoog op gang hoopt te brengen rond de inrichting van zorg en welzijn. Geachte lezer(es), uw reactie is meer dan welkom!

Inleiding

De gezondheidszorg in Nederland is grotendeels ontstaan vanuit het maatschappelijke middenveld. Lokale partijen, vaak gebaseerd op een religieuze of partijpolitieke zuil, ontwikkelden voor de jaren '70 van de vorige eeuw initiatieven om zorg en welzijn te organiseren en te financieren. Sommige structuren waren dusdanig succesvol, dat ze bijna overal in het land voorkwamen. Huisartsen, kruisverenigingen, bejaardenoorden, ziekenhuizen in de bredere zin van het woord en ziekenfondsen zijn voorbeelden daarvan.

'Sommige structuren waren dusdanig succesvol, dat ze bijna overal in het land voorkwamen'

Vanaf 1960 adopteert de overheid stap voor stap de zo ontwikkelde zorg, formuleert er regels voor en stelt financiering ter beschikking. Het lokale initiatief wordt vervangen door initiatieven op landelijk niveau. In 1966 verschijnt de eerste Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels. In '74 volgt de structuurnota van staatssecretaris Hendriks. Men kiest voor het indelen in lijnen (idee van Querido, 1962) in de zorg. De indeling in eerste, tweede en derde lijnszorg wordt nog steeds gehanteerd, hoewel de benaming lang niet meer helpt bij een goed onderscheid tussen soorten van zorg. Vanaf de jaren '80 is er meer en meer gestuurd op een landelijk uniforme infrastructuur. De Wet Ziekenhuis

Voorzieningen (1979) voorzag in een centrale planning en aansturing van ziekenhuiscapaciteit. Daarnaast hebben toenemende sturing op zorgkosten en de daarmee gemoeide overhead, de voorzichtig en vaak halfslachtige invoering van zorgcontractering, concurrentie in zorg, welzijn en zorgverzekeringen, de invloeden vanuit de Europese Unie en toenemende overheidsbemoeienis bij het terugdringen van zorgkosten geleid tot een nog altijd voortdurende fusiegolf.

Nederland heeft op basis van de langzaam gegroeide infrastructuur een bijzondere positie ontwikkeld. Daarbij hebben cure, care en preventie verschillende organisatiestructuren. Successen binnen één van de drie structuren worden te weinig benut voor de overige twee. Wat zijn nu krachtige pijlers binnen de infrastructuur voor zorg en welzijn en wat betekent dat voor cliënten/verzekerden, politici en bestuurders?

Drie basale vragen op terrein van welzijn/zorg

Elke zichzelf respecterende zorg- of welzijnsinstelling in Nederland stuurt al jarenlang op het beter vraaggericht inrichten van zorg en welzijn. Naar mijn mening heeft de cliënt echter nog wel wat meer verwachtingen dan dat zijn vraag serieus genomen wordt. De cliënt verwacht het goede resultaat op basis van die vraag. Wat voor soort vragen kunnen mensen hebben en welke resultaten horen daarbij?:

Over de auteur:

B. van Gent is arts en bestuurder van zorginstelling Florence, tevens lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: ben.van.gent@florence-zorg.nl.

vraag	antwoord/resultaat
Ik ben gezond, hoe blijf ik dat?	Zo lang mogelijk fit, aandoeningenvrij met voldoende kwaliteit van leven
Ik ben ziek en hoe word ik (zo snel mogelijk) weer beter?	Ik voel me weer gezond
Ik ben chronisch ziek en/of langdurig afhankelijk en hoe hou ik de kwaliteit van leven op peil?	Toegevoegde/verlengde kwaliteit van leven

De resultaten van de drie vragen zijn anders van aard. De tijdspanne waarin antwoord moet komen, de wijze waarop diensten naar de mensen gebracht moeten worden en de beïnvloeding van de resultaten door de cliënten zijn per domein sterk verschillend. Nu zijn vaak één of meer van de basale vragen gebundeld bij één aanbieder. Die stuurt min of meer op twee of meer resultaten tegelijk. Met als gevolg, dat geen van de resultaten optimaal wordt vormgegeven. Daarnaast sneuvelt bij het sturen op drie resultaten tegelijk, bij druk op de agenda, als eerste de preventie en daarna de sturing op het resultaat kwaliteit van leven. Het langst blijft de focus op de curatie. Het betreft hier veel vaker acute vraagstukken, dus de prioriteit bij druk op de agenda is ook logisch en volgbaar. Het gevolg is wel dat we in zorg en welzijn te weinig accent leggen op selectieve en programmatische preventie, en dat we in de cure dweilen met de kraan open.

Stelling: bij het stapelen van preventieve, cure en care vraagstukken is er verminderde aandacht voor care en preventie.

Infrastructuren rond de drie basale vragen

Waar worden die vragen gesteld en aan wie?

Wie stuurt er op het beoogde resultaat?

De vragen rondom gezond blijven (**preventie**) worden in toenemende mate actief gesteld. Daar waar wordt vastgesteld, dat er een grotere investering nodig is in het gezond blijven, moet het mogelijk zijn die vraag bij het individu en bij de groep te activeren. Er zijn veel organisaties en aanbieders, die preventieve vragen claimen: OGZ, OGGZ, JGZ, welzijnsorganisaties, huisartsgeneeskunde en thuiszorg om er maar een paar te noemen. Ieder doet wat, maar er is te weinig samenhang.

Op wijkniveau blijken er grote verschillen in gezondheidsbeleving. Dat zou vragen om een op

wijkniveau herkenbare en passende structuur, gericht op het activeren van de vraag om preventie en het organiseren van een samenhangend aanbod. Anders dan de Raad voor de Volksgezondheid concludeert (in het rapport Van eerste lijn naar primaire gezondheids-ondersteuning, 2010), ben ik van mening, dat de aselectieve en programmatische preventie niet onder het vloerkleed van de huisarts mag worden geveegd. Maak duidelijk wie er het maatschappelijk resultaat/voordeel heeft als de bevolking in een wijk gezond blijft.

Stelling: primaire of aselectieve preventie kan pas daadkrachtig werken wanneer er één duidelijke wijkgeoriënteerde verantwoordelijke is voor resultaten in gezond zijn en blijven.

‘Bij het sturen op drie resultaten tegelijk sneuvelt als eerste de preventie’

De vraag van ziek naar gezond (**cure**) kent de meest duidelijke infrastructuur.

De huisarts is de aangewezen persoon voor triage, lost 80% van de problematiek direct op en is poortwachter/verwijzer voor de overige 20%.

Daarnaast is de huisarts degene, die als enige overzicht heeft over het totale patiëntdossier en die de verantwoordelijkheid heeft overzicht te houden en te combineren in het belang van de patiënt.

Ook heeft de huisarts een stevige rol in het gevoel van veiligheid van patiënten. De bereikbaarheid en beschikbaarheid -24/7- stellen de patiënt gerust. Bij doorverwijzing is er een beperkt aantal aanbieders in beeld.

Voor het grootste deel zijn dit verwijzingen naar eerste lijntherapeuten, officiële apotheken, ziekenhuizen met medisch specialisten, GGZ aanbieders en daar achteraan en minder frequent,

superspecialistische oplossingen. Huisartsen hebben in de loop der jaren de functie van poortwachter voor de cure toegewezen gekregen. Dat is grotendeels te danken aan het feit, dat huisartsen decennialang gefinancierd werden op basis van een vast bedrag per patiënt per jaar (abonnementstarief). Daar waar dat vroeger niet gold (particulier verzekerden) stond de positie van de huisarts als poortwachter veel meer onder druk. In de laatste vijf jaar is de huisartsenfinanciering in toenemende mate afhankelijk van productieparameters (naast abonnementstarief per patiënt, een consulttarief en tarieven voor ziekenhuisverplaatste activiteiten in het kader van DBC's).

Iedereen heeft kunnen zien aankomen dat de poortwachterrol daarmee onder druk zou komen te staan. De eerste tekenen zijn er overduidelijk. Fysiotherapie en ergotherapie zijn zonder verwijzing direct toegankelijk. Een toenemende groep patiënten kiest ervoor de huisarts over te slaan en zich direct bij de specialist te melden.

De digitalisering van de patiëntendossiers maakt het mogelijk om het overzicht elders onder te brengen en wellicht onder directe aansturing van de patiënt zelf. Ook de 24/7 beschikbaarheid is niet meer opgehangen aan de huisarts als individu, en wordt in de avonden, nachten en weekends door een organisatie op afstand ingevuld.

Kortom, de eens zo overzichtelijke cure structuur met de centrale huisartsenrol brokkelt af. Daarmee komt ook de aan die structuur opgehangen winst ter discussie te staan. Bijvoorbeeld het gevoel van veiligheid, een laag medicijn gebruik en doelmatigheid van zorg.

Stelling: een onafhankelijke positie in de zorg bestaat niet en is ook niet gewenst. De cliënt zoekt een vertrouwenspartner, die geen belangen heeft bij het vergroten of verkleinen van het zorgresultaat, maar die belang heeft bij het beste resultaat voor de cliënt/patiënt.

Gericht op kwaliteit van leven (**welzijn en care**) is er geen spiegelbeeldig transparante infrastructuur, vergelijkbaar met de cure. Gedeeltelijk liggen er oplossingen in het werkingsgebied van de WMO, de zorgverzekering, de AWBZ en staats- en provinciale financiering. De hoeveelheid aanbieders is ook divers. VVT instellingen (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg), welzijnsinstellingen, GGZ en Jeugdzorg en tal van kleinere gespecialiseerde organisaties (vrijwilligers, mantelzorg, buddynetwerk etc.). Financiering in de care en in welzijn gebeurt bijna alleen op basis van geproduceerde uren of zelfs

minuten (thuiszorg). Daarmee ligt er een prikkel bij zorg en welzijn om zich te richten op een zo hoog mogelijke productie. Op het terrein van kwaliteit van leven geldt echter, dat een zo onafhankelijk mogelijke cliënt een hogere kwaliteit van leven kent. Die cliënt heeft baat bij een minimaal net passend aanbod aan welzijn en zorg. Financiering past dan niet bij het beoogde resultaat.

Daarnaast is er de trend (vaak door vergaande bezuinigingen) van steeds verdere specialisatie, triage op een lager opleidingsniveau en versnippering van functies binnen instellingen of over meerdere elkaar beconcurrerende zorg- en of welzijnsinstellingen. In de loop der jaren vinden we de HBO-opgeleide verpleegkundige in de intramurale instelling vaak terug in leidinggevende of adviserende functies. Veel minder in de directe zorg. In welzijn is de HBO-opgeleide ouderenadviseur vaak op afstand aanwezig en wordt er een team vrijwilligers gecoördineerd, dat de wijkbewoners opzoekt.

In de zorg wordt bovendien elke poging tot het gezamenlijk ontwikkelen van infrastructuur afgestraft door de Nma op verdenking van misbruik van marktmacht.

‘Indicatiestelling in de cure wordt graag overgelaten aan de huisarts. In de care is er volgens de overheid daarentegen behoefte aan een onafhankelijke indicatiesteller’

Waar vroeger een wijkverpleegkundige of een buurthuis nog een herkenbare centrale rol speelde in de wijk, is die rol nu bij uitzondering beschikbaar (zichtbare schakels, huisverpleegkundigen).

Indicatiestelling in de cure wordt graag overgelaten aan de huisarts. In de care zijn de partijen volgens de overheid vele malen onbetrouwbaarder, want daar is behoefte aan een onafhankelijke indicatiesteller (WMO loket, bureau jeugdzorg of CIZ).

Deze indicatiestellers indiceren aantoonbaar zwaarder of lichter, afhankelijk van de hoeveelheid beschikbaar geld voor de voorziening, de zorg of de dienst. Het ogenschijnlijk onafhankelijke systeem van indiceren voor WMO en voor AWBZ is allerminst onafhankelijk, maar gericht op het beheersen van de financiën.

Beschouwing

De drie basale vraagstukken in het leven van ons mensen zijn in Nederland complex opgelost, zowel in infrastructuur als in financiering. Daar waar

aantoonbaar een stevige infrastructuur heeft geleid tot succes, zoals een poortwachterrol in de cure, wordt er juist nu getornd aan deze strategische waarden.

Veel zorg- en welzijnsaanbieders proberen te sturen op zowel preventie, cure als care met vaak ook de inzet van dezelfde professional. Resultaten staan altijd onder druk door het gebrek aan focus. Preventie en care blijken te sneuvelen ten gunste van de cure. Daarbij is er veel bekend over de input (indicatie, opleidingsniveau van professionals etc.), veel over de throughput (financiën, protocollen, standaarden, maximale behandel- of begeleidingsduur, kwaliteitseisen etc.), maar bijna niets over de outcome van de drie basisvraagstukken. In zijn geheel mag men dan ook vaststellen, dat Nederland niet kan leren van successen. Meten is bijna niet te doen met zoveel variabelen en zonder focus op de verwachte outcome. Als voorbeeld mag fysiotherapie gelden. Al meer dan 10 jaar is het vakgebied gericht op het aantonen van de toegevoegde waarde voor de patiënt. Daarbij is de focus sterk gericht op de vraag van ziek naar gezond. Het lukt bijna niet om de meerwaarde aan te tonen, hele kleine successen daar gelaten. Wanneer de focus zich zou richten op kwaliteit van leven is er voorspelbaar wel succes te meten. Aandacht voor fysieke en emotionele omstandigheden werkt voor ieder mens. Inmiddels is fysiotherapie grotendeels uit verzekerde pakketten weggeschreven, inderdaad bij gebrek aan bewijs van toegevoegde waarde!

Verschuivingen van de AWBZ naar de WMO helpen jammer genoeg ook niet om een sterkere infrastructuur te bewerkstelligen. Elke gemeente zal weer op zoek gaan naar eigen oplossingen. Wethouders zien vaak geen belang in sterke regionale partijen met

meerjarige strategie. Politieke winst op conto van de politiek wordt daardoor minder haalbaar. Het kunnen beschikken over meerdere en diverse aanbieders van zorg zowel als welzijn geeft meer korte termijn politieke handelingsvrijheid.

Verschuiving naar de WMO is een bedreiging voor heldere en herkenbare, bereikbare zorg- en welzijn medewerkers. Elke gemeente lost het op eigen wijze op?

Mogelijke oplossing: Stelling

Door voor de drie basale vragen (preventie, cure en care) een duidelijke en herkenbare infrastructuur op te zetten, kunnen cliënten/patiënten meer resultaat verwachten van zorg en welzijn.

Waar zouden die infrastructuren aan moeten voldoen?

- gericht op één resultaat (gezond, beter of kwaliteit van leven);
- één continue vertrouwenspersoon/adviseur per cliënt/patiënt per lijn;
- de vertrouwenspersoon/adviseur indiceert, coördineert en bewaakt;
- de vertrouwenspersoon/adviseur wordt betaald als voorziening, niet op basis van productie;
- wijkgerichte basisvoorzieningen in drie lijnen;
- zorg en welzijn herordenen volgens drie lijnen;
- op wijkniveau een netwerk dat samenwerkt met de vertrouwenspersoon/adviseur in twee richtingen;
- gespecialiseerde zorg en welzijn kunnen op basis van prijs/kwaliteit verhouding gecontracteerd worden en onderling concurreren.

Werk aan de winkel!

How to bend the trend?

Effectiviteit van overheidsbeleid in de publieke gezondheid, met name op het gebied van overgewicht

Sjaak de Gouw

Pogingen van de landelijke overheid vanaf 1981 om beleid te voeren teneinde het gedrag van de bevolking ten aanzien van alcohol- en tabaksconsumptie, voeding en bewegen te veranderen lijken niet erg succesvol. Integendeel eigenlijk. Verschillende onderzoeken wijzen verschillende oorzaken aan, een meeromvattende verklaring ontbreekt tot nu toe. In een poging hiertoe legt auteur Sjaak de Gouw onder meer de begrippen 'public health' en 'publieke gezondheidszorg' onder de loep, analyseert hij landelijk en lokaal beleid en gaat hij na of algemene theorieën over beleidsvorming een verklaring kunnen bieden.

Het artikel is gebaseerd op het proefschrift Effectiviteit van overheidsbeleid in de publieke gezondheid, met name op het gebied van overgewicht, waarop De Gouw onlangs promoveerde.

Inleiding

Sinds het Besluit Basisgezondheidsdiensten in 1981 formuleert de overheid beleid op het deelgebied van de collectieve preventie, dat betrekking heeft op bevordering van gezond gedrag. Alcohol, tabak, bewegen en voeding zijn vier speerpunten in dit beleid. In de jaren tachtig werden hiervoor kwantitatieve doelstellingen geformuleerd, maar die zijn nooit binnen bereik gekomen. De meeste trends bewogen de afgelopen decennia juist de andere kant op. Dit heeft echter niet tot substantiële beleidswijzigingen geleid. De meest substantiële wijziging is tevens de meest recente, namelijk de boodschap van de minister dat overheid en professionals deze trends niet kunnen en willen keren en dat we moeten respecteren dat burgers een vrije keuze hebben, die we door het bevorderen van een gezonde sociale en fysieke omgeving wellicht in de goede richting kunnen beïnvloeden (1).

Landelijke campagnes en planmatige gezondheidsbevordering (voor volwassenen) hebben daarin nauwelijks of geen plaats.

De inspectie voor de volksgezondheid heeft de afgelopen 20 jaar in verschillende rapportages het uitblijven van resultaten van beleid aan de orde gesteld en daarvan ook de belangrijkste oorzaken aangegeven: gemeenten doen te weinig aan collectieve preventie en de landelijke overheid gebruikt haar mogelijkheden en beleidsinstrumenten onvoldoende (2). Ook een groot aantal dissertaties en studies leveren gegevens die het uitblijven van effecten op dit beleidsterrein deels verklaren.

'De boodschap van de minister is dat we moeten respecteren dat burgers een vrije keuze hebben, die we door het bevorderen van een gezonde sociale en fysieke omgeving wellicht in de goede richting kunnen beïnvloeden'

Daarbij wordt bijvoorbeeld gewezen op de vaagheid van de beleidsvoornemens in de nota 2000 (3), het belang van kwantitatieve doelstellingen voor beleid (4), het gebrek aan integraal beleid (5), het onvoldoende gebruik van wetenschappelijke gegevens (6,7,8), knelpunten in de bestuurlijke verhoudingen tussen gemeenten en GGD'en (9), onvolkomenheden in de driehoek beleid - onderzoek - praktijk (10) en de beperkende rol van middle-management in gemeenten (11). Een meeromvattende benadering lijkt nodig om de oorzaken dusdanig in beeld te krijgen en te ordenen dat effectief beleid kan worden gevoerd.

Collectieve preventie, publieke gezondheid en publieke gezondheidszorg

Met de naamswijziging in 2009 van Wet Collectieve Preventie naar Wet Publieke Gezondheid heeft de overheid bewust gekozen voor de introductie van een letterlijke vertaling van het Engelstalige begrip 'Public Health' in de Nederlandse wetgeving. Dat schept verwachtingen, gelet op de definitie van het begrip 'public health'. Echter, in de wet zelf wordt geen definitie gegeven van publieke gezondheid, maar alleen van het begrip publieke gezondheidszorg. De definities van public health en publieke gezondheidszorg zijn hieronder naast elkaar gezet.

Over de auteur:

J.M.M. de Gouw heeft geneeskunde gestudeerd en is directeur van de GGD Hollands Midden. E-mail: SdeGouw@ggdhm.nl.

Definitie 'public health'

The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society

Definitie publieke gezondheidszorg

De gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.

Natuurlijk kunnen de begrippen 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen' breed geïnterpreteerd worden en kunnen ook alle maatregelen, gericht op de fysieke en sociale omgeving, als onderdeel van de publieke gezondheidszorg worden gezien, maar hoofdstuk 2 van de WPG met als kopje 'taken publieke gezondheidszorg' benoemt alleen de 'klassieke' preventietaken en is daarmee een zeer beperkte invulling van het concept 'through the organized efforts of society'.

De effectiviteit van overheidsbeleid

Het verschil tussen de begrippen 'publieke gezondheid' en 'publieke gezondheidszorg' lijkt klein, maar is van groot belang in de discussie over de effectiviteit van het overheidsbeleid. Beleid op het gebied van publieke gezondheidszorg is vooral beleid van het ministerie van VWS met veel 'externe factoren', die de effectiviteit van dit beleid kunnen beïnvloeden. Beleid op het gebied van publieke gezondheid is kabinetsbreed of collegebreed beleid, waarbij alle ministeries of collegeleden effectief zijn betrokken en ook veel 'externe factoren' door beleid beïnvloed kunnen worden.

Effectiviteit van beleid kan zowel slaan op de mate waarin fenomenen kunnen worden verklaard als resultaten van het beleid, als op de mate waarin de beschikbare beleidsinstrumenten adequaat worden ingezet (12). In hoeverre de trends in bijvoorbeeld overgewicht het gevolg zijn van het ontbreken van (voldoende) overheidsbeleid, kan moeilijk in maat en getal worden vastgesteld. De hypothese zou zelfs kunnen worden geformuleerd dat de trends nog zorgwekkender zouden zijn geweest als er geen of slechter overheidsbeleid zou zijn gevoerd.

Die hypothese kan echter nauwelijks geverifieerd of gefalsificeerd worden en laat dus ruimte aan de overheid om bij iedere nieuwe nota of Volksgezondheid Toekomst Verkenning op te merken dat we op de goede weg zijn en vooral zo door moeten gaan.

In hoeverre alle mogelijke effectieve beleidsinstrumenten worden ingezet kan echter wel worden onderzocht. Vanuit het perspectief van de overheid gaat het dan om drie soorten beleid:

- eigen beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- beleid van andere ministeries, dat bij kan dragen aan een gezondere bevolking (facetbeleid/integraal beleid);
- beleid van gemeenten.

Daarbij is het uiteraard van belang om vast te stellen of effectief beleid mogelijk is en waaruit effectief beleid bestaat.

Is effectief beleid mogelijk?

Effectief beleid wordt in het kader van ons onderzoek gedefinieerd als beleid dat aantoonbaar heeft geleid tot een daling van overgewicht in de doelgroep van het beleid. In Nederland zijn er twee van dergelijke 'best-practices' te benoemen: het project Hartslag in Limburg en het project Gezond Gewicht Overvecht. Andere projecten kennen wel als resultaat dat de doelgroep gezonder gaat eten of meer gaat bewegen, maar resulteren niet in een significante daling van overgewicht. Dat betekent deze projecten wel resultaten opleveren op een of meerdere subdoelen, maar (nog) niet voor wat betreft het uiteindelijke doel.

Uit het buitenland zijn diverse andere projecten bekend met resultaat op het gebied van overgewicht. De vier meest aansprekende zijn de Kiel-studie (Duitsland), de Colac-studie (Australië), het Noord Karelia-project (Finland) en het FLVS-project (Frankrijk).

Door een Frans onderzoeksbureau zijn de succesfactoren van deze vier studies vertaald in de Epode-systematiek (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants). Om die reden wordt de FLVS-studie ook vaak het Epode-project genoemd (13).

Op grond van deze voorbeelden uit binnen- en buitenland kan worden geconcludeerd dat effectief beleid ter vermindering van de prevalentie van

overgewicht mogelijk is en ook in Nederland kan worden uitgevoerd.

Wat zijn de voorwaarden voor effectief beleid?

De genoemde best-practices uit binnen- en buitenland geven al een redelijk beeld van de voorwaarden voor effectief beleid. Een min of meer compleet beeld van de voorwaarden voor effectief beleid ontstaat als de succesfactoren uit deze best-practices (dat wat in deze projecten goed werkte) worden gecombineerd met inzichten uit de psychologie, sociologie en bestuurskunde. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen beleidsinhoud, beleidsproces en de randvoorwaarden voor beleid, hoewel de grens tussen deze drie categorieën niet altijd even helder is.

Ten aanzien van beleidsinhoud komen als meest relevante onderwerpen uit de literatuur naar voren:

- kennis over gedragsdeterminanten en hun onderlinge samenhang;
- kennis over de invloed van externe factoren op het gedrag van personen en groepen;
- speciale programma's voor moeilijk bereikbare doelgroepen;
- een actieve betrokkenheid van de doelgroep en het bevorderen van empowerment;
- een geïntegreerde benadering binnen bestaande 'settings', zoals de school, de sportvereniging, de eerstelijnszorg, de werkplek en de wijk;
- een integrale aanpak met publieke en private partijen. Gedrag en omgeving in ruime zin dienen gelijktijdig en geïntegreerd te worden aangepakt;
- interventies voor personen die in een verschillende gedragsfase zitten;
- een geïntegreerde aanpak van motivatie, capaciteit en gelegenheid;
- een meerjarentraject met de zekerheid dat er in de eerste jaren nauwelijks effecten zichtbaar zullen zijn.

Beleid op het gebied van publieke gezondheid, dus kabinet breed, gemeentebreed etc. stelt derhalve hoge eisen aan het beleidsproces. Het integrale karakter vereist betrokkenheid van tientallen actoren, die vanuit verschillende belangen en verschillende invalshoeken acteren. De overheid als beleidsregisseur is tevens netwerkregisseur (14), gedeelde doelstellingen en aandacht voor ieders belangen zijn essentieel. Aangezien gedragsverandering van de doelgroep de belangrijkste opdracht is, staat participatie centraal in de vorm van community-developed of community-based initiatieven. Er is een

sterke dynamiek tussen een bottom-up en top-down benadering.

Er dient actief gezocht te worden naar beleids-entrepreneurs -mensen met ideeën-, die vanuit hun persoonlijke kwaliteiten, ambities en positie een forse impuls aan de beleidsontwikkeling kunnen geven. Ook kunnen we niet zonder boundary-spanners, de alerte regelaars, personen binnen netwerken, die problemen achter de schermen oplossen, goede contacten in het netwerk onderhouden, de ideeën

'Een integrale benadering van overheid, vervoersondernemingen en overige bedrijven heeft pas het laatste decennium vorm gekregen in een mobiliteitsbeleid'

van hun eigen organisatie op informele wijze inbrengen in andere organisaties en de ideeën van andere organisaties binnen brengen in de eigen organisatie. Netwerken zonder boundary-spanners functioneren moeizamer, formeler, ondervinden meer problemen en bereiken minder resultaten (15). Naast geld en menskracht als input van het beleidsproces kunnen als randvoorwaarden worden genoemd a) kennis van de honderden regelingen (16) binnen andere beleidsterreinen, die kunnen bijdragen aan effectief integraal beleid, b) kennis van de zorgverzekeringswet en c) inzicht in de daadwerkelijke raakvlakken tussen WPG, WMO en AWBZ.

Oorzaken op meta-niveau: de theorie van Kingdon

Effectief beleid komt niet automatisch tot stand als aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan. Vaak 'suddert' een bepaald onderwerp geruime tijd, voordat beleid wordt geformuleerd. Een voorbeeld op landelijk niveau is het mobiliteitsbeleid. Lange tijd werd het verkeer op de weg en het spoor als een logistiek proces gezien, waarbij van beleid nauwelijks sprake was. Er werden gewoon wegen en rails aangelegd van de ene plaats naar de andere, terwijl er steeds grotere problemen ontstonden op de weg en het spoor. Een integrale benadering van overheid, vervoersondernemingen en overige bedrijven heeft pas het laatste decennium vorm gekregen in een mobiliteitsbeleid. Blijkbaar kregen steeds meer actoren belang bij een oplossing van de verkeerscongestie; de 'sense of urgency' werd groter. De Amerikaanse politicoloog Kingdon (17) heeft veel van dergelijke beleidsprocessen geanalyseerd en komt tot de conclusie dat beleid tot stand komt als aan vijf condities is voldaan:

- urgentiebesef bij beslissers en stakeholders;
- beschikbaarheid oplossingen;
- tijd die er rijp voor is;
- bepalende gebeurtenissen (focusing events);
- iemand die de zaak in gang zet.

‘Gemeenten hebben het zich kunnen permitteren om gedurende een periode van twintig jaar gewoonweg niets te doen aan het probleem overgewicht’

De eerste drie condities benoemt hij respectievelijk als de problemenstroom, de oplossingenstroom en de politieke stroom. Met name onder invloed van focusing events komen deze stromen bij elkaar en ontstaat een ‘window of opportunity’ voor beleidsontwikkeling. En als er iemand is die daadwerkelijk op dat moment de zaak in gang zet, ontstaat beleid. Een voorbeeld van een focusing event op het gebied van alcoholmatigingsbeleid is de opening van de coma-poli door dr. Van der Lely, een gebeurtenis die in Nederland een schok teweeg bracht.

Voert de landelijke overheid effectief beleid uit?

Voor het uitvoeren van beleid op het gebied van publieke gezondheid heeft de overheid een groot aantal beleidsinstrumenten tot haar beschikking. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen overheidsvoorzieningen als directe beleidsinstrumenten van de (rijks-) overheid, en juridische, economische en communicatieve beleidsinstrumenten als indirecte beleidsinstrumenten. Een vijfde vorm van ‘beleidsinstrument’ is ‘niets doen als overheid’, in de veronderstelling dat de markt een bepaald probleem op adequate manier kan oplossen. Dit laatste is uiteraard alleen een beleidsinstrument als het een bewuste, beargumenteerde keuze is om als overheid niets aan een probleem te doen (18).

Een analyse van 30 jaar landelijk overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid, met name voor het onderwerp overgewicht, leidt tot de conclusie dat de overheid de beschikbare beleidsinstrumenten onvoldoende benut. Het beeld ten aanzien van het landelijk beleid gericht op gemeenten is dat, ondanks substantiële investeringen op landelijk niveau op het gebied van kennis, ondersteuning en een landelijke infrastructuur, het de landelijke overheid niet lukt om gemeenten te bewegen tot effectief integraal lokaal beleid. De eerste 20 jaar van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid was de beleidsvrijheid van gemeenten zeer ruim. Gemeenten hebben het zich kunnen permitteren om in deze periode gewoonweg

niets te doen aan het probleem overgewicht. De verplichting die gemeenten op grond van de laatste wijziging van de WPG hebben om doelstellingen, activiteiten en beoogde resultaten expliciet te formuleren, kan een nieuwe impuls geven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Daarnaast is er nauwelijks gebruik gemaakt van (andere) juridische en economische beleidsinstrumenten, bijvoorbeeld accijnzen of regelgeving op het gebied van gezonde voeding in schoolkantines, toegankelijkheid van sportvoorzieningen, lesstof ter bevordering van gezond leven, eisen ten aanzien van de inrichting van de fysieke woonomgeving, etc. Veel wordt overgelaten aan private partijen en integraal beleid krijgt nauwelijks vorm. Decentralisatie en deregulering en een terugtrekkende en terughoudende overheid bepalen het beeld. Het beleidsproces als zodanig voldoet niet aan de regelen der kunst en aan de VBTB¹-systematiek, vooral concrete doelstellingen en beleidsevaluatie ontbreken.

Integraal public health beleid is de wettelijke hoeksteen van het Finse gezondheidsbeleid. In Nederland verzuchtte minister Borst op een vraag naar de mogelijkheden van integraal beleid: ‘Ik zal proberen andere departementen daarvoor enthousiast te krijgen - veel andere middelen heb ik niet, maar dit kan soms een uitstekend middel zijn - voor het gezamenlijk daaraan werken.’ (19).

Voert de lokale overheid effectief beleid uit?

Gemeenten stellen iedere vier jaar nota’s gemeentelijk gezondheidsbeleid op. Aan de hand van deze nota’s kan worden nagegaan in hoeverre de voorwaarden voor effectief beleid in de betreffende gemeente aanwezig zijn. De conclusie is dat de vijf landelijke speerpunten, het Lalonde-model (20) en enkele andere relevante begrippen in de meeste nota’s terugkomen, maar dat in het overgrote deel van de nota’s de geschetste voorwaarden niet zijn terug te vinden. En aangezien de nota’s de bestuurlijke opdracht zijn, die de gemeenteraad aan het college oplegt en daarmee het handelingskader voor de collegeperiode, kan op basis van de nota’s al worden geconcludeerd dat het daadwerkelijke beleid nauwelijks effectief zal zijn. Gesprekken met ambtenaren bevestigen dit beeld. Het onderwerp collectieve preventie is ‘niet sexy’, er zijn relatief weinig middelen voor beschikbaar (goede uitzonderingen daargelaten), de betrokkenheid van andere afdelingen is minimaal en effectieve interventies (die vaak substantiële investeringen vragen) komen nauwelijks voor.

¹ Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording

Daarnaast blijkt de landelijk beschikbare kennis bij gemeentelijke ambtenaren niet altijd voldoende aanwezig.

Wat zijn de oorzaken voor het niet-uitvoeren van effectief beleid op lokaal niveau?

Uit literatuur en gesprekken komen tientallen oorzaken voor het niet-uitvoeren van effectief beleid naar voren. Een nadere beschouwing leert echter dat deze oorzaken (geld, menskracht, ontbreken van kennis, geen medewerking van andere gemeentelijke afdelingen, ontbrekende beleidsvaardigheden, geen commitment bij netwerkpartners, etc.) oplosbaar zijn. De volgende vraag is dan waarom deze oorzaken niet (beter) worden aangepakt. Toepassing van de theorie van Kingdon levert hierop een antwoord. Op lokaal niveau is een 'echt' urgentiebesef afwezig. Voor een wethouder maakt het weinig uit of het percentage overgewicht in zijn of haar gemeente 15 of 25% bedraagt. Zolang de gemeente niet in het nieuws komt als meest ongezonde gemeente in Nederland is er weinig aan de hand.

Daarbij speelt natuurlijk ook een rol dat de oplossingsstroom ingewikkeld is (integraal beleid met effecten na de collegeperiode), dat andere wethouders hun eigen prioriteiten hebben en dat er continu keuzes moeten worden gemaakt voor de besteding van schaarse middelen. Een beperkte slaagkans als gevolg hiervan nodigt ook niet uit tot het uitspreken van een sense of urgency en ambitieuze beleidsvoornemens door een wethouder volksgezondheid.

Wat staat ons te doen?

Belangrijke conclusies zijn dat een mix van een bottom-up en top-down-benadering een goede kans van slagen heeft, dat er nog flinke stappen moeten worden gezet voordat de bestuurlijke regie van gemeenten op het niveau is dat nodig is om effectief lokaal beleid te voeren, dat de agendering van het onderwerp overgewicht krachtiger moet worden opgepakt om de urgentie goed en blijvend in beeld te krijgen en dat facetbeleid en integraal beleid een sterkere wettelijke basis moeten krijgen. Door de recente decentralisaties Jeugdzorg, AWBZ en de wet Werken naar Vermogen zal de discussie over effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid in een ander perspectief gevoerd gaan worden.

Een ongezonde bevolking gaat een gemeente immers veel geld kosten.

De recente wijziging van de WPG, waardoor gemeenten in hun beleidsnota's concrete doel-

stellingen, plannen en beoogde resultaten moeten weergeven, kan een positieve invloed hebben op het lokale beleid op het gebied van publieke gezondheid, mits deze verbeteringslag van de nota's wordt gecombineerd met het bevorderen van een 'sense of urgency', een community-benadering, een netwerkbenadering met een breed scala van actoren, het actief zoeken naar beleidsentrepreneurs en boundary-spanners en het besef dat een langjarig beleid nodig is. Natuurlijk moet er ook gewoon begonnen worden met concrete activiteiten en moeten reeds ingezette, kansrijke interventies, zoals lessen gezond leven op scholen, buurt-onderwijs-sport-projecten, projecten gezonde schoolkantine, een restrictief beleid voor wat betreft snackkarren op scholen en het stimuleren van 'sport in de buurt', onverminderd worden voortgezet om zo uit te kunnen groeien tot een effectief, collegebreed, integraal beleid.

Overige referenties van het proefschrift en het proefschrift zelf (21) zijn op te vragen via sdegouw@ggdbm.nl of te downloaden van de website van de GGD Hollands Midden www.ggdbm.nl.

Referenties:

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota Gezondheidsbeleid. Den Haag: 2011.
2. IGZ. Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Utrecht: 2010.
3. De Leeuw E. Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg; 1989.
4. Van Herten L. Health targets: navigating in health policy. Leiden: TNO Prevention and Health; 2001.
5. Bekker M. The Politics of Healthy Policies: Redesigning Health Impact Assessment to integrate Health in Public Policy. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2007.
6. Gorissen W. Kennis als hulpbron: het gebruik van wetenschappelijke kennis bij beleidsvorming in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2001.
7. Bon-Martens MJH. The art of regional public health reporting. Strengthening the knowledge base for local public health policy. Tilburg: Universiteit Tilburg; 2011.
8. De Goede J. Knowledge in process. Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. Tilburg: Universiteit Tilburg; 2011.
9. Ruland E. Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg: lessen uit de casus Hartslag Limburg. Woerden: NIGZ; 2008.

10. Jansen. M. Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2007.
11. Steenbakkens M, Jansen M, Haanse M, De Vries N. Lokaal integraal gezondheidsbeleid: intersectorale samenwerking vanuit het perspectief van gemeenten. TSG 2010, 88, 136-142.
12. Van der Aalst M, Van Dijken JA. Evaluatie van doeltreffendheid en doelmatigheid. Basis 2005 - 1. Leiden: Research voor Beleid.
13. Romon M, Lommez A, Tafflet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL, Ducimetière P, Charles MA, Borys JM. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. Public Health Nutr. 2008, 10, 1735-1742.
14. Peerenboom S. Verkeerd verbonden? Een studie naar de (mis)match tussen klassiek hiërarchische overheidssturing en de netwerkwereld. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2008.
15. Ansett S (no date). Boundary-spanners; the gatekeepers of innovation in partnerships. Accountability Forum issue 6. Sheffield: Greenleaf Publishing.
16. Van Dijk, JP. Gemeentelijk gezondheidsbeleid, omvang en doelgerichtheid. Groningen: Universiteit Groningen; 2001.
17. Kingdon JW. Agendas, alternatives and public policies. New York: Harper Collins; 1995.
18. Hoogerwerf A, Herweijer M (red.). Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap. 8e druk. Alphen aan den Rijn: Samson; 2008.
19. Tweede Kamer. Verslag overleg Gezond en Wel (24126, nr. 4). Den Haag: Tweede Kamer; 1995.
20. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadian: a working document. Ottawa: Health Canada; 1974.
21. De Gouw JMM. De effectiviteit van het overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Met name op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen. Enschede: Universiteit Twente; 2011.

Nieuwe ontwikkelingen voor dialysepatiënten

Compact thuishemodialyseapparaat geeft mogelijkheid voor zelfmanagement

Jolanda Jousma, Marc Groeneveld, Sofia Afenich, Prataap Chandie Shaw

In de huidige gezondheidszorg is een belangrijk streven dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid neemt voor de zorg. Als ideaal wordt zelfmanagement gezien, waarmee men bedoelt dat de patiënt zelf de zorg voor zijn gezondheid aanstuurt. Nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen daarbij helpen. Een voorbeeld hiervan is een nieuw dialyseapparaat, waarmee nierpatiënten zelf thuis hun hemodialyse kunnen doen. Medewerkers van de dialyseafdeling van Medisch Centrum Haaglanden hebben dit apparaat getest op gebruiksvriendelijkheid en op de mogelijkheid een trainingsprogramma te ontwikkelen. In onderstaand artikel hun eerste bevindingen.

Inleiding

Als door nierfalen de nierfunctie tot onder een bepaalde grens is gedaald, is dialyse een behandeling waarmee ongeveer 8 tot 10 procent van de gezonde filterfunctie van de nieren kan worden overgenomen. Hoewel dit misschien niet veel lijkt, wordt met dialyse voorkomen dat de patiënt overlijdt. Het aantal dialysepatiënten in Nederland vertoont een stijgende lijn: waren er in 2002 nog 5000 patiënten, inmiddels zijn dit er 6400.

Bij hemodialyse (hemo=bloed) wordt het bloed buiten het lichaam gezuiverd in een dialysemachine. Via een naald in een bloedvat van de arm wordt het bloed naar de dialysemachine gepompt en weer gezuiverd aan de patiënt terug gegeven.

De dialysemachine bevat een kunstnier waarmee de afvalstoffen en het overtollige vocht uit het bloed worden verwijderd. Dit duurt ongeveer vier uur en moet gemiddeld drie keer per week gebeuren. Hemodialyse vindt meestal plaats in een ziekenhuis of dialysecentrum.

Wij noemen deze behandeling de standaard of conventionele hemodialyse. De patiënt heeft hierbij dialyse op vaste dagdelen in de week. Dat limiteert de vrijheid van de patiënt en bindt hem aan het ziekenhuis. Vooral om die reden kiezen veel patiënten voor de zogeheten peritoneaal dialyse (zie onder), die thuis kan plaatsvinden. De conventionele hemodialyse heeft een tweede nadeel, namelijk dat de effectiviteit ervan beperkt is, zeker als wij bedenken dat normaal gesproken onze nieren continu werken.

Thuishemodialyse is al geruime tijd in Nederland mogelijk. Hierbij wordt een speciale waterinstallatie in de kamer van de patiënt gebouwd en de patiënt krijgt een menshoog hemodialyseapparaat in de slaapkamer, waar overigens niet iedere slaapkamer voldoende ruimte voor biedt. Voor deze methode van thuisdialyse bestaat momenteel een wachtlijst van meer dan vier maanden, omdat maar een paar centra de training aanbieden die voor deze dialyse nodig is. De training is erg intensief voor de patiënt en zijn partner en duurt vaak maanden. Om die redenen zijn er toch maar weinig mensen die tot deze vorm van thuishemodialyse besluiten.

Halverwege 2010 kwamen wij -medewerkers van de dialyseafdeling van Medisch Centrum Haaglanden- in contact met de leverancier van een nieuw thuishemodialyseapparaat (de NxStage), dat handzamer is en gebruiksvriendelijker lijkt dan de bestaande thuishemodialysemachine. Wij hebben dit apparaat getest en nagegaan of we patiënten snel kunnen trainen voor thuisdialyse door een trainingsprogramma te ontwikkelen.

In dit artikel leggen wij uit wat het voordeel is van thuishemodialyse en melden wij onze eerste ervaringen met het compacte dialyseapparaat.

Wat is dialyse?

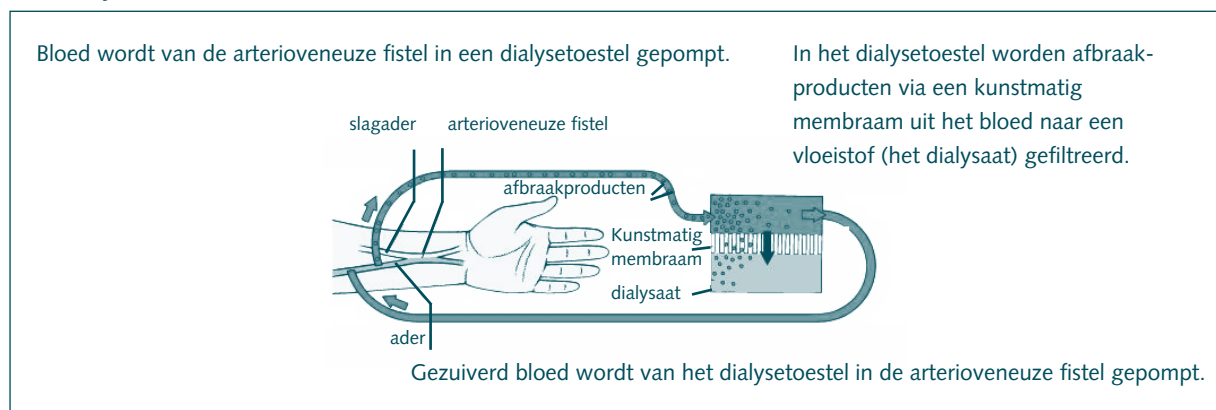
De nieren hebben naast de functie van verwijdering van afbraakproducten (aangeduid als 'uremische toxines') vele andere functies. Zij reguleren de bloeddruk door water- en zoutregulatie en productie van het hormoon renine.

Het uit het bloed filteren van afvalstoffen gebeurt in de nieren door de zogeheten glomeruli.

Over de auteurs:

J.P.W. Jousma is kwaliteitsmedewerker bij de dialyseafdeling Medisch Centrum Haaglanden; J.H.M. Groeneveld en P. Chandie Shaw werken beiden als internist-nefroloog bij Medisch Centrum Haaglanden en S.F. Afenich is dialyseverpleegkundige van Medisch Centrum Haaglanden. E-mail: j.jousma@mchaaglanden.nl.

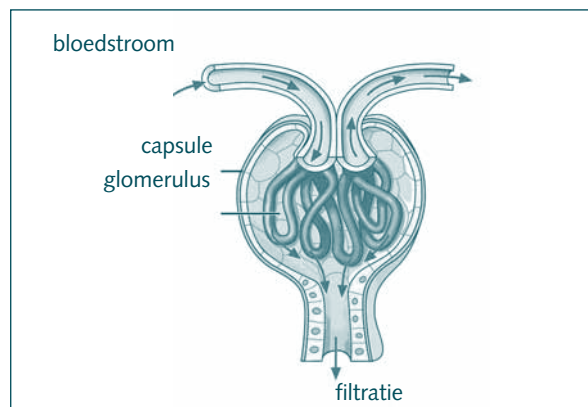
Figuur 1.
Hemodialyse.



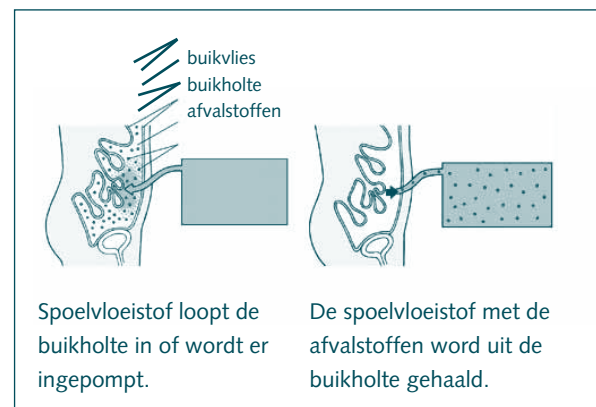
De snelheid waarmee de nieren dit doen wordt uitgedrukt in het aantal milliliters bloed dat per minuut door alle glomeruli samen wordt gezuiverd. We noemen dit ook wel de klaring. Normaal hebben de nieren gezamenlijk een glomerulaire filtratiesnelheid van rond de 80-120 ml/min. Als de klaring van de nier minder bedraagt dan 15 ml/min, spreken we van eindstadium nierfalen. Meestal wordt rond een klaring van 10 ml/min gestart met dialyse. Met behulp van zout- en vochtbeperking, een eiwit-beperkt dieet, gebruik van fosfaatbinders, anti-hypertensiva, erythropoëtine-injecties, ijzersuppletie en gebruik van actief vitamine D, wordt getracht de overige gevolgen van nierinsufficiëntie op te vangen. Als gestart wordt met dialyse wordt bij voorkeur gekozen voor buikdialyse, ook wel peritoneaal dialyse (PD) genoemd (peritoneum = buikvlies). Dit is de meest toegepaste vorm van thuisdialyse. Sommige patiënten doen een wisseling op het werk, anderen sluiten zich aan op een peritoneaal dialyseapparaat om overdag geen handmatige

wisselingen te hoeven doen. Met PD blijft de eigen restfunctie van de nier langer behouden en is de eerste jaren de prognose beter dan met hemodialyse. Bij handmatige wisselingen laat de patiënt meerdere keren per dag twee liter steriele dialysevloeistof in de buikholte lopen middels een permanent aanwezige siliconen buikkatheter, een slangetje dat operatief is aangebracht. Deze vloeistof wordt elke keer ververs, zodat de afvalstoffen en het overtollige vocht afgevoerd worden. Het peritoneum, dat veel bloedvaatjes bevat, functioneert hierbij als semipermeabel membraan, waardoorheen afvalstoffen uit het bloed in de spoelvloeistof in de buikholte terecht komen. Landelijk is het aandeel van patiënten met PD gedaald van 30% in 2002 naar 17% in 2011. PD vereist dat de patiënt een normale buikholte heeft en fysiek in staat is de wisselingen te doen. Bij een groot deel van de patiënten is PD niet mogelijk, soms doordat de buikholte door infecties of

Figuur 2.
Glomerulus.



Figuur 3.
Peritoneale dialyse.



operaties te verkleefd is, maar veel vaker doordat de patiënt fysiek of geestelijk niet in staat is de wisselingen zelf uit te voeren.

In dit soort gevallen wordt meteen vanaf de start van de nierfunctievervangende therapie voor hemodialyse gekozen. Ook als het onttrekken van vocht en afvalstoffen via PD niet meer afdoende is wordt overgeschakeld naar hemodialyse.

Bij de conventionele hemodialyse wordt het bloed drie keer per week vier uur gezuiverd met behulp van een dialysemachine. Hierbij wordt het bloed met een snelheid van 300 ml/min door een kunstnier geleid. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een shunt, een chirurgisch aangelegde verbinding tussen een slagader en een ader, of een dialysekateter, die in een grote ader (meestal de vena jugularis rechts, een grote ader boven in de borstholte) wordt ingebracht.

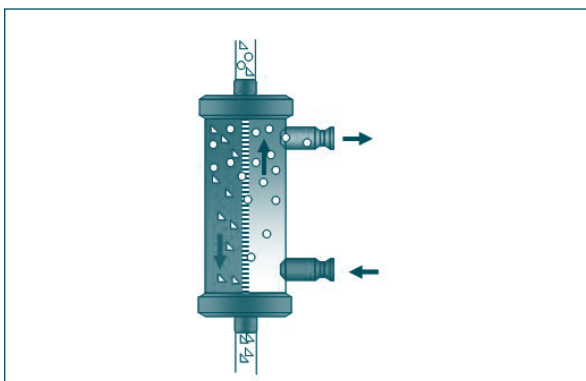
De kunstnier wordt omspoeld door een steriele gebufferde vloeistof, het zogenaamde dialysaat. Per dialyse wordt ongeveer 90-120 liter dialysaat gebruikt. De klaring berust op diffusie en osmose over een semipermeabel membraan, net zoals in de nier zelf. (figuur 4 diffusie)

Sommige mensen krijgen last van de hoge snelheid waarmee de afvalstoffen uit het bloed worden verwijderd. Dit verschijnsel wordt aangeduid als een dialysekater.

Het dialysaat wordt geproduceerd door een speciale waterzuiveringsinstallatie en vereist zware validatie- en controleprocessen. Verontreinigingen zijn immers potentieel gevaarlijk voor de patiënt. Tijdens de conventionele hemodialyse wordt gebruik gemaakt van een hoge dialysaatflow (500 ml/minuut komt overeen met ongeveer twee keer de snelheid waarmee het bloed van de patiënt door de kunstnier wordt geleid) en een korte dialyseuduur. Bij de behandeling

Figuur 4.

Diffusie of uitwisseling van stoffen over een semipermeabel membraan.



met het compacte thuisdialyseapparaat wordt gebruik gemaakt van een andere techniek waarbij een veel lagere dialysaathoeveelheid gebruikt wordt, namelijk 30 liter per dialysebehandeling. Door frequenter of langer te dialyseren wordt er per week voldoende klaring bereikt. Dit kan de patiënt overdag of 's nachts doen. In het centrum wordt de voorkeur gegeven aan de conventionele hemodialysemachine, omdat deze per dialyse effectiever is.

Waarom thuishemodialyse?

De (cardiovasculaire) sterfte is zeer hoog bij dialysepatiënten. Dit wordt in de eerste plaats veroorzaakt, doordat het proces dat de nieren aantast (bijvoorbeeld diabetes), ook hartaandoeningen kan veroorzaken, zoals coronarialijden en een (ischemische) cardiomyopathie.

Een andere verklaring wordt gevonden in het feit dat conventionele dialyse de nierfunctie onvoldoende vervangt. Hierdoor hopen de uremische toxines op en door chronische overvulling en hypertensie vindt er versnelde atherosclerose en vaatverkalking plaats. Hyperfosfatemie, een te hoog fosfaatgehalte in het bloed, is bijvoorbeeld zo'n cardiovasculaire risicofactor die typisch is voor nierpatiënten. Een 25-jarige dialysepatiënt heeft zo dezelfde overleving als een gezonde 65-jarige.

Een oplossing voor het onvoldoende zuiveren van het bloed is vaker dialyseren, dagelijks of iedere nacht. Hierdoor worden afvalstoffen beter geklaard en is de vochtregulatie beter. Dit zou kunnen leiden tot een verbeterde overleving. Helaas is het sociaal voor patiënten te zwaar om dagelijks naar het centrum te komen voor dialyse. Het zou ook leiden tot capaciteitsproblemen en verdere kostenstijgingen (een dialysebehandeling in het ziekenhuis kost ongeveer € 300,-). Thuishemodialyse is niet alleen beter voor het sociale leven van de patiënt, het blijkt ook goedkoper dan conventionele dialyse, doordat er minder verpleegkundige zorg noodzakelijk is. De patiënt is minder afhankelijk van het ziekenhuis en heeft de mogelijkheid om op flexibele tijden te dialyseren. Daarbij past thuishemodialyse in de trend om de patiënt aan zelfmanagement te laten doen en medeverantwoordelijk te laten zijn voor zijn behandeling.

Nieuw thuisdialyseapparaat: introductie in Nederland

De NxStage komt oorspronkelijk uit de VS. Wereldwijd dialyseren al meer dan 6.000 mensen met dit apparaat. Het apparaat is compact, mobiel en gebruiksvriendelijk (zie figuur 5).

In de PureFlow (zwarte bak op de foto) bevindt zich een disposabele waterzuiveringsinstallatie. Hierin wordt het kraanwater gezuiverd tot puur water. Dit water is bestemd voor de aanmaak van het dialysaat. In de zwarte bak wordt een disposabele zak geplaatst met geconcentreerde dialysevloeistof. Deze zak wordt aangevuld met puur water vanuit de waterzuiveringsinstallatie in ongeveer zeven uur. Daarna is het dialysaat beschikbaar voor dialyse. De PureFlow wordt met een aan- en afvoer aangesloten op een waterkraan en een afvoer. Voor de elektrische voorziening is alleen een geaard stopcontact nodig.

Als alternatief voor de PureFlow kan van kant-en-klare zakken dialysaat gebruik gemaakt worden. Deze zakken kan de patiënt tijdens vakantie en andere momenten van dialyse buiten het eigen huis gebruiken. De firma levert een verwarmingsplaat en een trolley mee om het thuisdialyseapparaat, dat 35 kilo weegt, in te verplaatsen. Voor het dialyseren met dialysaatzakken is alleen een geaard stopcontact nodig.

Figuur 5.
NxStage op de Pure Flow SL.



Wanneer komt patiënt in aanmerking voor thuisdialyse?

In de Haagse regio hemodialyseren maar enkele patiënten thuis. Veelal heeft dit met krappe behuizing te maken, waardoor het niet mogelijk is het huis aan te passen aan de eisen die de gebruikelijke thuisdialyse stelt.

De introductie van het thuisdialyseapparaat maakt het mogelijk een grotere groep patiënten in aanmerking te laten komen voor thuisdialyse, omdat de training makkelijker en sneller verloopt en er veel minder aanpassingen in huis moeten worden aangebracht.

De nefroloog hanteert wel een aantal criteria om te beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor thuisdialyse. Zo is het belangrijk dat de patiënt een goede toegang tot de bloedbaan heeft. Het liefst met een goede shunt, voorzien van buttonholes¹, maar met een dikke ('dubbellumen') dialysekatheter kan ook thuisdialyse plaatsvinden. Daarnaast is het van belang dat de patiënt een stabiele dialyse heeft of deze kan krijgen door de frequentere dialyses. De patiënt moet gemotiveerd zijn en de behandeling op de voorgeschreven wijze kunnen uitvoeren en volhouden. Het is nodig dat hij begrijpt hoe hij de behandeling uit moet voeren.

Daarnaast moet de patiënt goed Nederlands spreken of samenwonen met een Nederlands sprekende partner. Het is belangrijk dat de patiënt in staat is zelfstandig met behulp van een partner de dialyse uit te voeren. 's Nachts zou dit eventueel zonder partner moeten kunnen, want de hulp kan ook worden geboden door een familielid of een buurvrouw of buurman.

Dialyse tijdens de slaap heeft natuurlijk een extra risico. Daarom wordt eventuele naaldlekkage van de veneuze naald bewaakt middels een sensor. Door deze criteria blijkt in praktijk slechts 10-20% van de patiënten in aanmerking te komen voor deze vorm van thuisdialyse. Wellicht dat assistentie door een team van gespecialiseerde verpleegkundigen dit percentage kan verhogen. Patiënten die niet in aanmerking komen, hebben als alternatief frequente nachtelijke dialyse in een dialysecentrum. Helaas kiezen weinig patiënten voor deze vorm, omdat het sociaal grote impact heeft om regelmatig nachten in het dialysecentrum te slapen.

Training in het ziekenhuis

Patiënten die wel in aanmerking komen voor deze

¹ Buttonholes zijn permanente, getunnelde prikgaatjes, die door de huid naar de shunt lopen. Ongeveer vergelijkbaar met gaatjes in de oorlel.

nieuwe techniek krijgen een training in het gebruik ervan. Voor het begin van de training hebben de patiënt en zijn partner een gesprek met de nefroloog en de trainingsverpleegkundige. Hierin wordt een afspraak gemaakt voor een huisbezoek en wordt de startdatum van de training afgesproken. De training duurt tussen de twee en drie weken en wordt in het ziekenhuis gegeven. De patiënt en zijn partner worden aan de hand van een schema getraind, dat de onderdelen bevat die de patiënt moet aanleren. Die worden afgetekend als ze juist worden uitgevoerd. De patiënt krijgt ook huiswerk mee. Het trainingsschema is zo opgesteld dat de opgedane kennis van de dag(en) tevoren wordt getoetst, voordat iets nieuws wordt aangeleerd. Voorafgaand aan de training wordt aan de patiënt gevraagd de theorie over hemodialyse, steriliteit en shuntzorg te bestuderen. De trainingsverpleegkundige neemt daarvoor het Handboek Thuisdialyse bij het huisbezoek mee. De partner dient tijdens de training een aantal keren mee te komen, omdat hij of zij moet leren wat te doen bij optredende complicaties. De training wordt afgesloten met een toets. Over het algemeen wordt de training als intensief ervaren.

Levering dialysematerialen

Tijdens de trainingsweken wordt ook gekeken welke materialen de patiënt gebruikt tijdens de dialyses. Naast de lijnensets moeten ook naalden, verbandmaterialen, handschoenen, medicijnen, naaldencontainers, etc. worden bezorgd. Per patiënt wordt een definitieve bestellijst gemaakt en doorgegeven aan de afdeling Logistiek van het MCH. Zo mogelijk wordt in overleg met de patiënt een leveringsdag en -tijd afgesproken. Iedere week stuurt de patiënt de ingevulde bestellijst via de e-mail naar de dialyseafdeling, waarna de goederen worden thuisbezorgd. De patiënten hebben recht op een vergoeding (tegemoetkoming in de kosten van elektriciteit- en waterverbruik) van de zorgverzekeraar.

Vorbereiding project thuisdialyse

Na kennismaking met het thuisdialyseapparaat en het beoordelen van de inhoudelijke en logistieke aspecten besloten we in het najaar van 2010 een projectplan te schrijven en werd een startdatum vastgesteld. Er werd een projectgroep thuisdialyse gevormd, bestaande uit twee nefrologen, twee dialyseverpleegkundigen, een medisch maatschappelijk werker en een kwaliteitsmedewerker. Het team stelde samen met de leverancier medische criteria op voor selectie en

training van patiënten.

Uit ons eigen patiëntenbestand bleek één patiënt, woonachtig in Den Haag, veel belangstelling te hebben voor thuisdialyse en ook te voldoen aan de vastgestelde criteria. Met deze patiënt en zijn partner werd een startdatum afgesproken. Beiden wisten dat tijdens de training twee dialyseverpleegkundigen zouden worden getraind om het thuisdialyseapparaat te bedienen en de patiënt en zijn partner te leren trainen. Daarnaast werden de conceptprotocollen tijdens de training getest op bruikbaarheid, zodat er een handboek kon worden gemaakt, dat de patiënt na de training mee naar huis kreeg. Er was veel trainingsmateriaal uit Amerika, waar het hemodialyseapparaat veelvuldig voor thuisdialyse wordt gebruikt, maar dat moest eerst worden vertaald om het te kunnen gebruiken in ons centrum. De firma droeg hieraan bij en bood ook verpleegkundige ondersteuning voor de training, waarvoor drie weken werd uitgetrokken.

Eerste training

Op 26 oktober 2010 startte onze eerste patiënt met de training op het thuisdialyseapparaat. Met behulp van een Amerikaanse deskundige van de fabrikant leerden de patiënt, zijn partner en de trainingsverpleegkundigen de omgang met het apparaat en het aanmaken van zuiver dialysaat.

Ook alarmen en medische problemen werden besproken, het oplossen hiervan werd getraind met patiënt en partner.

De aanpassingen in huis bestonden uit het aanleggen van een water aan- en afvoer en een geaard stopcontact. Bij elke patiënt werd de controle van de kwaliteit van het water geregeld, zowel op de chemische samenstelling als op de aanwezigheid van toxinen en bacteriën. Met de waterleverancier werd afgesproken ons en de patiënt te waarschuwen, zodra de waterkwaliteit door een incident niet gewaarborgd blijkt. Het dialysevoorschrift werd conform de afspraken opgesteld en tijdens de training werden het voorschrift en de samenstelling van het dialysaat aan de hand van de bloeduitslagen aangepast. De conceptprotocollen werden aangepast aan de opmerkingen van de gebruikers en aan het eind van trainingsperiode van de patiënt was het handboek met alle protocollen gereed.

De verpleegkundigen werden getraind middels het *train-de-trainer principe*. Een ervaren trainingsverpleegkundige trainde de patiënt en telkens werd een nieuwe dialyseverpleegkundige meegetraind.



De eerste thuisdialyse bij de patiënt thuis met de NxStage

Resultaten

We hebben in negen maanden vijf patiënten en vier verpleegkundigen getraind. Twee patiënten zijn van allochtone afkomst en wonen krapbehuisd in Den Haag. De eerste patiënt en twee verpleegkundigen zijn in drie weken getraind; de tweede patiënt in twee weken. De derde patiënt is in drie weken getraind en inmiddels getransplanteerd. De vierde patiënt zag af van verdere training na twee dagen. Zowel de korte afstand naar het ziekenhuis als de belasting die de partner ervoer, waren de redenen van deze beslissing. De vijfde patiënt werd samen met zijn partner in twee weken getraind. Bij deze zelfstandige patiënten bleek een korte trainingsperiode van twee tot drie weken voldoende. De laatst getrainde patiënt dialyseert om de nacht.

Alle patiënten hebben minder antihypertensiva nodig. De eerste heeft beduidend minder hersteltijd na dialyse en kon zijn werkweek al na een week training uitbreiden van 24 naar 40 uur. Ook de tweede patiënt is tevreden, het werken gaat beter. De derde patiënt

kon weer sporten en had geen last meer van een dialysekater en de vijfde patiënt is door de nachtelijke thuisdialyses in staat zijn werk en zijn hobby (boot) weer op te pakken. De thuisdialyses verliepen bij bijna alle patiënten probleemloos. Alleen bij de derde patiënt ontstonden klachten van algehele malaise en lage bloeddruk tijdens en na dialyse. Doordat de patiënt zich beter voelde en meer ging eten en drinken, moest het streefgewicht worden aangepast. Verder bleek de patiënt haar thuisdialysemachine niet altijd correct op te bouwen, waardoor er veiligheidsalarmen ontstonden.

Na aanpassing van haar streefgewicht² en extra scholing over de instellingen van de machine verliepen de dialysebehandelingen in eerste instantie technisch beter. Toch lukte het bij herhaling niet om goede werkafspraken met de patiënte te maken en was er onvoldoende controle op de uitvoer en het verloop van de dialysebehandelingen. Hierop is besloten deze patiënte terug te laten keren naar het centrum voor de conventionele dialyses. Gelukkig werd zij enkele weken later succesvol getransplanteerd.

² Streefgewicht is het 'drooggewicht' van de patiënt, d.w.z. zonder het overtollige vocht.

Tabel 1.*Motivatie van de patiënten voor thuisdialyse (THD).*

Patiënt	M/V	Leeftijd	Primaire diagnose	Duur dialyse	PD ooit	Redenen
1	M	29	Hypertensie	3,5 jaar	Ja	Hoge ultrafiltratiebehoefte Vrijheid, meer willen werken Geen mogelijkheid voor de tot nu toe gebruikelijke thuisdialyse
2	M	53	Falend niertransplantaat	0,5 jaar	Ja	Autonomie Vrijheid Geen mogelijkheid voor de tot nu toe gebruikelijke thuisdialyse
3	V	29	DM I (Diabets Mellitus)	3 jaar	Nee	Hoge ultrafiltratiebehoefte Vrijheid, sporten Geen mogelijkheid voor de tot nu toe gebruikelijke thuisdialyse
4	M	65	DM II	5,5 jaar	Ja	Vrijheid
5	M	56	DM I	1 jaar	Nee	Vrijheid Geen mogelijkheid voor de tot nu toe gebruikelijke thuisdialyse

Ervaringen

De eerste dag thuis na de training leggen de trainingsverpleegkundigen een huisbezoek af. In de eerste week na de training worden de patiënten iedere dag gebeld.

De patiënten sturen eenmaal per week hun dialyse-daglijsten per e-mail, zo nodig vindt er overleg plaats tussen nefroloog, verpleegkundige en patiënt. De frequentie van een poli-bezoek ligt op eenmaal per maand, bloed wordt thuis afgenomen en zo nodig thuis afgedraaid in de meegeleverde centrifuge.

Voor- en nadelen

De twee onderstaande tabellen laten, mede op basis van de ervaringen in ons project, zien wat de voor- en nadelen zijn 1) van thuisdialyse ten opzichte van de conventionele dialyse in het ziekenhuis; en 2) van de thuisdialyse met het nieuwe, compacte apparaat ten opzichte van de tot nu toe gebruikelijke machine voor thuisdialyse.

Vergelijkende studies frequente thuisdialyse versus conventionele hemodialyse

In hoeverre de overleving gunstig beïnvloed wordt door frequente thuisdialyse is nog niet volledig bekend. Wel is duidelijk dat cardiale parameters, zoals bloeddruk en linker ventrikelhypertrofie duidelijk verbeteren. Hoewel diverse studies een duidelijk overlevingsvoordeel voor thuisdialyse laten zien t.o.v. conventionele centrum-hemodialyse, is de interpretatie lastig doordat de patiëntengroepen niet vergelijkbaar zijn (selectiebias)(1). Immers, de beste patiënten kiezen vaker voor thuisdialyse. Binnenkort wordt de FREEDOM studie afgerond (2), waarbij gerandomiseerd de mortaliteit, morbiditeit en kwaliteit van leven worden vergeleken van frequente dagelijkse korte dialyses (zes per week) met conventionele hemodialyse. Beide groepen zijn gematcht op comorbiditeit. De eerste resultaten laten minder depressiviteit (3), slaapstoornissen en rusteloze benen (4) zien in de thuisdialysegroep. Het verbeterde welbevinden werd ook door onze patiënten gerapporteerd.

Tabel 2.

Voordelen en nadelen op een rij: thuisdialyse t.o.v. de conventionele hemodialyse in het ziekenhuis.

Voordelen

- Flexibiliteit, meer zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid
 - Meer privacy
 - Geen dialysekater
 - Geen reis- en wachttijd meer
 - Per dialysesessie wordt minder vocht onttrokken door frequentere dialyses
 - Betere controle van de bloeddruk en minder gebruik van bloeddrukverlagende middelen
 - Verbetering voedingstatus, gewicht
 - Meer vrijheid in dieet en vocht
- Kortom: 'Verbetering van kwaliteit van leven'

Nadelen

- Intensief, vergt veel van patiënt en partner
- Meer gebruik van de shunt en wellicht zijn extra interventies nodig
- Ook de logistiek is lastig
- Voor het verpleegkundig team is zowel de training als het volgen van de patiënten intensief. Het volgen is intensiever dan bij thuisdialyse via peritoneaal dialyse

Tabel 3.

Voordelen en nadelen op een rij: compact thuisdialyse apparaat t.o.v. de tot nu toe gebruikelijke machine voor thuishemodialyse.

Voordelen

- Geen grote aanpassingen thuis (alleen aan- en afvoer, geaard stopcontact en internetaansluiting)
- Korte trainingsperiode (twee tot drie weken, versus drie tot zes maanden bij training voor de conventionele thuishemodialyse), waardoor thuishemodialyse ook voor patiënten die als urgent op de transplantatielijst staan, een optie is
- Laagdrempelig door de eenvoudige bediening
- Mogelijkheid tot vakantie in binnenland en Europa

Nadelen

- Er zijn altijd twee naalden nodig voor dialyse. Conventionele hemodialysesmachines kunnen ook via één naald de dialyse doen.
- Per uur dialyse worden minder afvalstoffen verwijderd dan met conventionele (thuis)hemodialyseapparaat
- De kant en klare cassette van het thuisdialyseapparaat geeft geen mogelijkheden om een ander type kunstnier op de machine te zetten.
- Er zijn geen belangrijke concurrenten met soortgelijke handzame mobiele apparatuur op de markt. Meer concurrentie werkt stimulerend voor ontwikkelingen op de thuisdialysemarkt.

Conclusies

Het implementeren van thuisdialyse met het compacte dialyseapparaat is in de Nederlandse setting goed mogelijk. Na een korte, intensieve training kunnen zelfstandige patiënten thuis dialyseren na beperkte bouwkundige aanpassingen. Omdat met drie keer per week vier uur conventionele dialyse onvoldoende klaring van afvalstoffen en vocht plaatsvindt, is frequente dialyse een waardevolle toepassing.

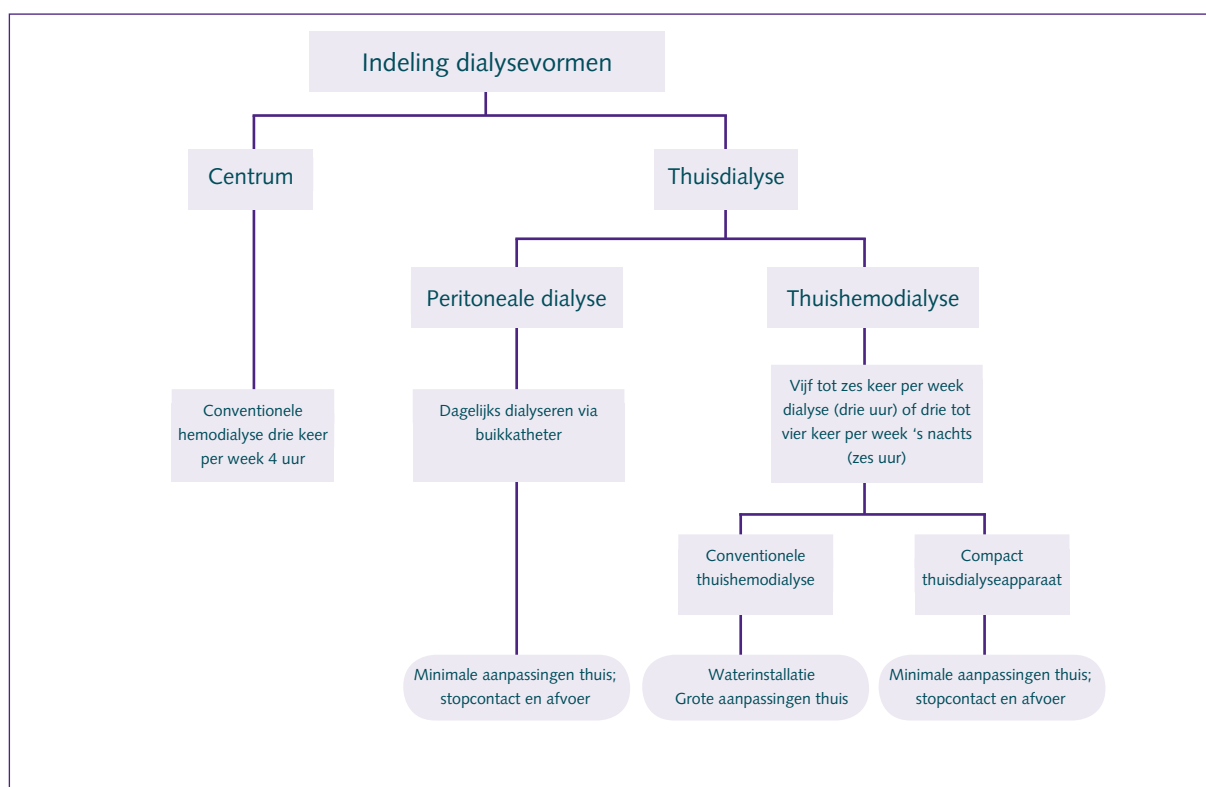
Het thuisdialyseapparaat maakt frequente dialyse wel mogelijk bij een geselecteerde groep patiënten. Medisch ontstond er een verbetering van welbevinden. Omdat het dialyseapparaat makkelijk is mee te nemen, kan de patiënt ook eens een weekend eropuit of enkele dagen op familiebezoek gaan. Dat geeft patiënten een enorm gevoel van vrijheid. Eén van onze patiënten vatte zijn thuishemodialyse-ervaringen onlangs als volgt samen in een e-mail: 'Met mij gaat het uitstekend, ik voel mij 100% beter en heb veel energie. Je kunt wel zeggen dat de kwaliteit van leven 100% verbeterd is. ...Verder heb ik gedialyseerd aan boord van onze boot (twee keer) en dat is uitstekend gegaan'.

Referenties:

1. Culeton BF, Asola MR. The impact of short daily and nocturnal hemodialysis on quality of life, cardiovascular risk and survival. *J Nephrol.* 2011 Jul-Aug;24(4):405-15.
2. Jaber BL, Finkelstein FO, Glickman JD, Hull AR, Kraus MA, Leyboldt JK, Liu J, Gilbertson D, McCarthy J, Miller BW, Moran J, Collins AJ; FREEDOM Study Group. Scope and design of the Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements (FREEDOM) Study. *Am J Kidney Dis.* 2009 Feb;53(2):310-20. Epub 2008 Sep 27.
3. Jaber BL, Lee Y, Collins AJ, Hull AR, Kraus MA, McCarthy J, Miller BW, Spry L, Finkelstein FO; FREEDOM Study Group. Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and postdialysis recovery time: interim report from the FREEDOM (Following Rehabilitation, Economics and Everyday-Dialysis Outcome Measurements) Study. *Am J Kidney Dis.* 2010 Sep;56(3):531-9. Epub 2010 Jul 29.
4. Jaber BL, Schiller B, Burkart JM, Daoui R, Kraus MA, Lee Y, Miller BW, Teitelbaum I, Williams AW, Finkelstein FO; FREEDOM Study Group. Impact of short daily hemodialysis on restless legs symptoms and sleep disturbances. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2011 May;6(5):1049-56. Epub 2011 Mar 17.

Figuur 6.

Vormen van dialyse.



Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) in Moerwijk

Bert Potemans

Huisartsen uit de Haagse wijk Moerwijk hebben samen met partners uit de eerste lijn het initiatief genomen tot activiteiten die cardiovasculaire ziekten in de wijk moeten terugdringen.

Onderstaand artikel geeft een impressie van wat er zoal is gedaan. Het Moerwijkse CVRM-project heeft gaandeweg vorm gekregen en is nog volop in ontwikkeling. De aanpak wijkt af van de geijkte patronen.

Onlangs verscheen de nieuwe standaard cardiovasculair risicomanagement. Het is de bedoeling om hart- en vaatziekten terug te dringen. De doelpopulatie bestaat uit twee delen. Enerzijds patiënten die al een hart- of vaatziekte hebben doorgemaakt, secundaire preventie, anderzijds patiënten die een hoog risico hebben op het krijgen van een hart- en vaatziekte, primaire preventie. Om het cardiovasculair risico te verminderen zijn zowel medische interventies als life-style interventies nodig, namelijk het aanpakken van risicofactoren. Hoe vertaal je dit in de praktijk?

Het betreft een grote groep patiënten, ongeveer 20% van de bevolking, en een breed scala aan mogelijke interventies. In Den Haag en omstreken probeert men in verschillende wijken een antwoord te krijgen op deze vraag. In april 2011 is de pilot CVRM gestart, begeleid door zorggroep ELZHA (eerste lijns-zorggroep Haaglanden), Lijn 1 en ZON MW. De pilot biedt ruimte om te pionieren en het is uitdrukkelijk de bedoeling om multidisciplinair en wijkgericht te werken.

De huisartsen in Moerwijk, een Haagse krachtwijk, richten zich met nadruk op het beïnvloeden van lifestyle. Het is immers bekend dat bewoners met een lage SES (sociaal-economische status) een lagere levensverwachting hebben en dat deze gezondheidsverschillen in grote mate zijn toe te schrijven aan een ongezondere levenswijze. Hier kan er dus veel gezondheidswinst behaald worden. Speerpunten zijn: stoppen met roken, gezonde voeding en bewegen. Hiervoor worden groepsprogramma's ontwikkeld.

Met een groep

De keuze voor het werken in groepen heeft meerdere redenen:

- de klassieke 1 op 1 consultvoering bij zo'n grote doelgroep en zo'n breed scala aan interventies, slurpt teveel middelen en mankracht op. Het lijkt ons efficiënter om informatie te verstrekken aan meerdere patiënten tegelijk.
- Het biedt de mogelijkheid om actief aan de slag te gaan. Zo wordt er in de voedinggroep ook echt gekookt en in de bewegingsgroep ook met elkaar gesport. Het is uitdrukkelijk de bedoeling aan de hand van concrete voorbeelden patiënten praktische adviezen te verstrekken, zodat ze zelf ook op de langere termijn een gezonde levensstijl kunnen volhouden.

'Door het werken in een groep kunnen patiënten elkaar steunen om een gezonde levensstijl vol te houden'

- Er kan een groepsdynamiek ontstaan waarbij patiënten elkaar steunen om een gezonde levensstijl vol te houden.
- Elke groep wordt geleid door één kerndiscipline. Het stoppen met roken programma wordt begeleid door psychologen van Context, het bewegingsprogramma door fysiotherapeuten uit de wijk en het voedingsprogramma door diëtistes uit de wijk. Maar ook andere disciplines leveren hun expertise. De diëtiste gaat op bezoek bij het stoppen met roken programma om tips te geven hoe gewichts-toename te vermijden. De fysiotherapeut voorziet in ontspanningsoefeningen.

En zo zijn er meerdere kruisbestuivingen ingebouwd. In elk programma komt er ook een praktijk-

Over de auteur:

B.J.M. Potemans is huisarts, werkt in de Haagse wijk Moerwijk en is lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: potemans@cs.com.



De CVRM-markt op 11 en 13 oktober 2011



Verskillende standhouders maken reclame voor hun groepsprogramma

ondersteuner of huisarts op bezoek, om het belang van een gezonde levensstijl te benadrukken.

Infomarkt

Om deze programma's te propageren, organiseerden wij op 11 en 13 oktober 2011 een informatieve CVRM-markt. Ruim 1200 geselecteerde patiënten uit zes huisartsenpraktijken werden per brief op

'Dit vergt een omslag in denken en werken: hulpverleners zoeken contact met de risicogroep en nodigen de mensen uit om mee te doen aan interventies waar ze zelf niet om hebben gevraagd'

persoonlijke titel uitgenodigd. Bij aankomst hield een van de praktijkondersteuners een algemeen inleidend praatje voor de deelnemers.

Daarna werden ze losgelaten op de markt. Hier hadden de diëtistes, de fysiotherapeuten en de psychologen een standje opgezet. Met veel informatie over de risicofactoren. Foldermateriaal was beschikbaar om mee naar huis te nemen, een informatief filmpje speelde op de achtergrond.

Op de stand van de fysiotherapeuten konden deelnemers een conditietest op de hometrainer doen. De verschillende standhouders maakten reclame voor hun groepsprogramma en de deelnemers konden zich ter plekke inschrijven voor een programma.

In totaal hebben 220 patiënten de infomarkt bezocht, van wie de meeste zich daadwerkelijk voor één of meerdere programma's hebben ingeschreven. De evaluatiebijeenkomst leverde de volgende

overwegingen op:

- de samenwerking tussen de verschillende disciplines is verrijkend geweest. Wel kostte het wat tijd en energie om iedereen op één lijn te krijgen. Het vraagt tenslotte wel een omslag in denken en aanpak. Gewoonlijk is het de patiënt/cliënt die naar aanleiding van een vraag een afspraak maakt bij een hulpverlener. Nu zijn het de hulpverleners die contact zoeken met de risicopopulatie en hen uitnodigen om mee te doen aan interventies waar ze zelf niet om gevraagd hebben. De gekozen werkvormen en het werken met groepen wijken af van de dagelijkse routine.
- De opkomst is ons toch wat tegengevallen. Globaal gezien was de opkomst iets lager dan 20% met wel een behoorlijke spreiding van 10 tot 30% tussen praktijken. Blijkbaar moeten ook de patiënten nog wennen aan deze nieuwe aanpak. Deelnemers werden per brief op persoonlijke titel uitgenodigd, ongetwijfeld kan de opkomst verbeteren als de huisarts, praktijkondersteuner of doktersassistente persoonlijk contact opneemt.
- logistiek is het een hele klus. Gelukkig konden we rekenen op de ondersteuning van zorggroep ELZHA en Lijn 1. Het ontwikkelen en uitvoeren van dit project vraagt extra tijd en inzet van de betrokken hulpverleners.

Ondertussen worden de groepsprogramma's uitgevoerd. De cursussen stoppen met roken, voeding en bewegen zijn met de eerste groepen aan de slag gegaan. In een later stadium zullen we hierover berichten en mogelijk kunnen we dan ook al wat hardere resultaten presenteren.

Depressie in Den Haag

Het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen

Paul Uitewaal

Psychische stoornissen komen anno 2012 veel voor, in het bijzonder de stoornis depressie. Recent onderzoek noemt een percentage van 43% van de bevolking, dat ooit een psychische stoornis heeft gehad. Een belangrijk deel daarvan leed aan depressie. Inmiddels heeft de landelijke overheid depressie tot een van de speerpunten van het preventiebeleid benoemd. Ook in de Haagse nota Volksgezondheid is depressiepreventie een van de speerpunten.

Om een probleem te voorkomen moet je weten hoe vaak en waar precies het speelt en liefst ook hoe eventuele verschillen in voorkomen kunnen worden verklaard. Dat is wat in onderstaand artikel wordt nagegaan: zijn er binnen de Haagse stadsdelen verschillen in het voorkomen van depressie en waar kan dat aan liggen?

Inleiding

Uit een recent landelijk onderzoek van het Trimbos instituut (1) blijkt dat bijna 43% van de bevolking ooit een psychische stoornis heeft gehad en dat 18% dit in de afgelopen 12 maanden had. Iets minder dan de helft van de mensen die ooit een psychische stoornis hadden (47%) leed aan een stemmingsstoornis. Stemmingsstoornis is een verzamelnaam voor psychische aandoeningen waarbij de gemoedsstemming of emotie van de patiënt ziekelijk is verstoord of niet past bij de situatie waarin de patiënt verkeert. De stemming kan depressief zijn, waarbij de gemoedsstemming bedrukt is, maar ook manisch, waarbij de stemming als pathologisch uitgelaten of ongeremd kan worden gezien. Stemmingsstoornissen zijn van grote invloed op de kwaliteit van leven, bij depressie is ook de kans op vroegtijdige sterfte verhoogd. Daarbij brengen psychische stoornissen maatschappelijk gezien kosten met zich mee. Alleen al de kosten door ziekteverzuim worden geschat op 2,7 miljard euro per jaar (1).

'Zijn er binnen de Haagse stadsdelen verschillen in het voorkomen van depressie en waar kan dat aan liggen?'

In de achtereenvolgende preventienota's 'Kiezen voor gezond leven' 2007-2010 en 'Gezondheid dichtbij' 2011-2014, wordt depressie genoemd als een van de nieuwe speerpunten van het landelijk preventiebeleid (2, 3). Aanpak van dit probleem wordt ook in de Haagse nota Volksgezondheid onderschreven (4). Het *stappenplan lokaalbeleid depressiepreventie* van GGD Nederland betoogt dat de eerste stap bij depressiepreventie is inzicht verschaffen in de omvang van de

problematiek (5).

Daarom zijn in Den Haag de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Hoe vaak komt depressie voor in Den Haag?
- Hoe vaak komt depressie voor in de verschillende stadsdelen van Den Haag en bestaan er verschillen in prevalentie tussen de stadsdelen?
- Kunnen de (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit (in eerder onderzoek gevonden) determinanten voor depressie?

Methode

In een in de vier grote steden gehouden gezondheidsenquête -de G4-enquête- (6) is voor een schatting van het voorkomen van stemmingsstoornissen in de populatie gebruik gemaakt van een Nederlandse versie van de Kessler-10 vragenlijst (K10). Dit is een veel gebruikte vragenlijst voor screening van angst en depressie (zie kader 1). Deze lijst is gevalideerd voor de Nederlandse situatie, maar blijkt beter geschikt te zijn voor het screenen op de aanwezigheid van depressie dan van een angststoornis (7, 8). In dit artikel zullen we alleen ingaan op de K10-score in relatie tot depressie.

De antwoorden op de K10 worden samengevat in een score.

De minimumscore is 10 (angst of depressie onwaarschijnlijk), en de maximumscore is 50 (angst of depressie zeer waarschijnlijk aanwezig). Bij een lage score is het onwaarschijnlijk dat iemand depressief is en naarmate de score hoger wordt, neemt de kans dat iemand depressief is toe.

De K10 wordt gebruikt om mensen in te delen in groepen: de groep waarbij het onwaarschijnlijk is dat

Over de auteur:

Dr. P.J.M. Uitewaal is senior wetenschappelijk onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag en tevens huisarts in Den Haag. E-mail: paul.uitewaal@denhaag.nl.

men depressief is, de groep waarbij er een redelijke kans aanwezig is dat men depressief is en de groep waarbij deze kans hoog is. De ontwikkelaars van de K10 gebruiken hiervoor het afkappunt 20. Dit afkappunt is gekozen omdat hier het evenwicht tussen ten onrechte positieven (dus mensen die volgens de K10 mogelijk depressief zijn, maar dit in werkelijkheid niet zijn) en de ten onrechte negatieven (mensen die volgens de K10 niet depressief zijn, maar dit in werkelijkheid wel zijn) optimaal is (9)¹.

Hoe vaak komt depressie voor in Den Haag?

De eerste vraag die werd beantwoord, is hoe vaak depressie in Den Haag voorkomt.

Figuur 1 laat zien dat er een geleidelijke afname is van de score op de K10.

Tabel 1 laat zien dat 72% van de Haagse populatie een score op de K10 heeft van onder de 20 heeft (depressie onwaarschijnlijk), en dus 28% een score van boven de 20. Bij deze 28% is de kans op de aanwezigheid van een lichte, matige of ernstige depressie aanwezig. Dit percentage ligt veel hoger dan de percentages uit de Nemesis studie (1): 5,2% in de afgelopen 12 maanden en 3,9% bij een zeer hoge urbanisatiegraad. Echter, in de Nemesis studie wordt

Kader 1.

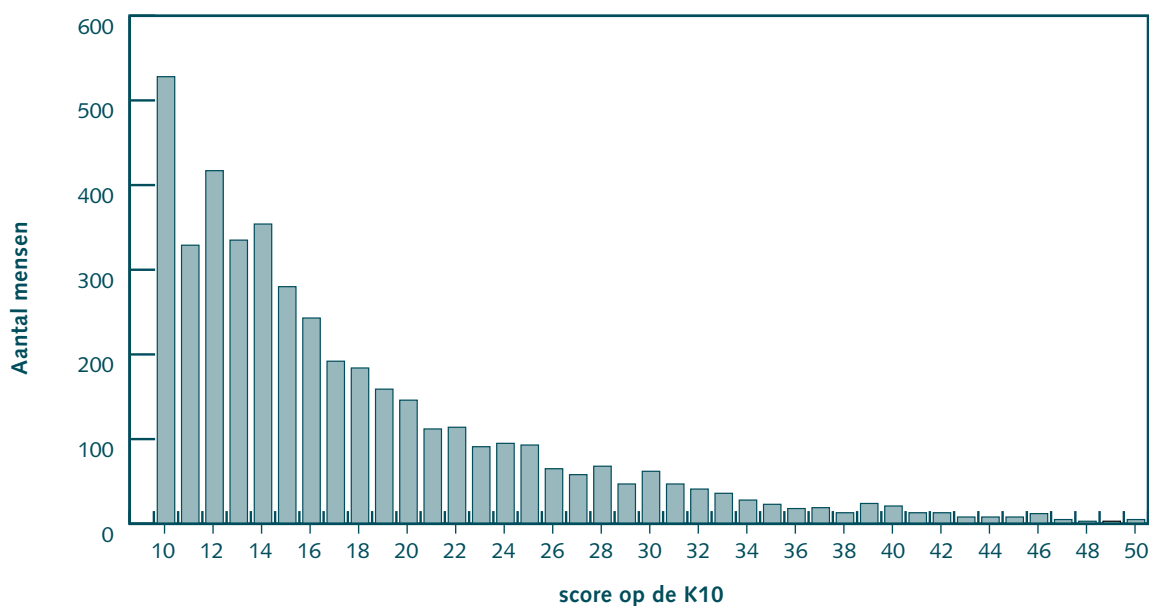
De 10 vragen van de K10:

1. Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden
2. Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig
3. Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen
4. Hoe vaak voelde u zich hopeloos
5. Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig
6. Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten
7. Hoe vaak voelde u zich somber of depressief
8. Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte
9. Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken
10. Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos

Er kon geantwoord worden op een 5-punts Likert schaal (altijd, meestal, soms, af en toe, nooit).

Figuur 1.

Verdeling score op de K10 voor de Haagse populatie: alle mogelijke uitkomsten.



¹ In het rapport van de G4-enquête wordt gekeken naar de groep met een score boven de 30. Het voordeel van dit hoge afkappunt is dat een hoog percentage mensen met deze score ook daadwerkelijk een depressief is (de specificiteit neemt toe), maar een nadeel is dat een groot deel van de mensen met een lagere score dan 30 toch een depressie heeft maar niet meetelt (de sensitiviteit neemt af).

Tabel 1.

Score op de K10 voor de Haagse populatie ingedeeld naar: aandoening niet waarschijnlijk (10-19), licht verhoogde kans op aandoening (20-24), matig verhoogde kans op aandoening (25-29), ernstig verhoogde kans op aandoening (30-50).

Score	Percentage
10-19	72%
20-24	12%
25-29	7%
30-50	9%
Totaal	100%

naar depressie in engere zin gekeken en de K10 voorspelt de waarschijnlijkheid van een depressie. De positief voorspellende waarde van de K10 voor een depressie (dus dat deel van de mensen dat daadwerkelijk een depressie heeft) bij afkappunt 20 is 0.41. Dit betekent dat 41% van de mensen boven dit afkappunt daadwerkelijk een depressie heeft. Voor Den Haag zou dit betekenen dat 12,3% van de bevolking lijdt aan een depressieve of angststoornis, wat nog steeds drie keer hoger is dan de 3,9% uit de Nemesis studie.

Tabel 2.

Percentages van de K10 score per stadsdeel. *

Stadsdeel	Score op de K10	K10 categorieën				Totaal (aantal)
		kans angst/ depressie niet waar- schijnlijk (10-20) % (aantal)	licht verhoogde kans op angst/ depressie (20-24) % (aantal)	matig verhoogde kans op angst/ depressie (25-29) % (aantal)	ernstig verhoogde kans op angst/ depressie (30-50) % (aantal)	
Loosduinen	74 (332)	13 (61)	7 (31)	6 (27)	451	
Haagse Hout	73 (295)	13 (54)	7 (30)	8 (33)	412	
Leidschenveen	78 (324)	10 (43)	5 (22)	7 (32)	421	
Segbroek	77 (464)	10 (60)	7 (47)	6 (42)	613	
Scheveningen	80 (485)	11 (74)	5 (35)	5 (31)	625	
Centrum	58 (456)	17 (125)	10 (72)	15 (124)	777	
Laak	65 (222)	16 (53)	8 (28)	11 (38)	341	
Escamp	68 (443)	13 (88)	9 (66)	11 (83)	680	
Totaal	Den Haag	72(3021)	12 (558)	7(331)	9 (410)	4320

* In de stadsdelen Segbroek, Escamp, Scheveningen en Centrum is gebruik gemaakt van 'ophogingen' (extra interviews) in een aantal wijken. Dit zijn allen wijken met hoge achterstandsscore. De respons bij een enquête valt in deze wijken doorgaans lager uit dan gemiddeld in Den Haag. Zonder deze ophoging zouden deze wijken daardoor ondervertegenwoordigd zijn. De gepresenteerde getallen in tabel 1 en 2 zijn gecorrigeerd voor deze ophoging.

Hoe vaak komt depressie voor in de verschillende stadsdelen van Den Haag en bestaan er verschillen in prevalentie tussen de stadsdelen?

Tabel 2 laat de verdeling van de score op de K10 in de stadsdelen in percentages zien, zoals gemeten in de G4-enquête, met daarachter tussen haakjes de aantallen.

Er bestaan significante verschillen tussen de verschillende stadsdelen voor de score op de K10. Uit de literatuur blijkt dat het verband tussen de K10 en depressie binnen de verschillende bevolkingsgroepen redelijk vergelijkbaar is. Daarom mag geconcludeerd worden dat er significante verschillen bestaan voor de prevalentie van depressie tussen de stadsdelen. Depressie komt het vaakst voor in de stadsdelen

'Depressie komt het meest voor in de stadsdelen Centrum en Laak en het minst vaak in Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen'

Centrum en Laak en het minst vaak in de stadsdelen Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen. Daarbij hebben de mensen in Escamp, Laak en Centrum relatief vaak een score hoger dan 30 op de K10. Gemiddeld scoort 9,5% van de Haagse bevolking

boven de 30, in Escamp, Laak en Centrum is dit 13,1% tegenover 6,7% in de overige stadsdelen. Het percentage mensen dat geen verhoogde kans op depressie heeft (score 10-19 op de K10), varieert van bijna 80% in Scheveningen tot 58% in stadsdeel centrum.

Nogmaals, het gaat hierbij om de score op de K10. De percentages mogen dus niet worden opgevat als absolute percentages voor de aanwezigheid van een depressie, maar kunnen wel gebruikt worden voor vergelijking van groepen en in dit geval van de verschillende stadsdelen.

Kunnen (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit de determinanten voor depressie?

Determinanten van depressie

Niet iedereen heeft dezelfde kans een depressie te krijgen. Óf iemand een depressie krijgt hangt samen met tal van factoren. Iemand kan op basis van opvoeding en mogelijk erfelijkheid meer aanleg hebben een depressie te krijgen. Daarnaast spelen lichamelijke gezondheid en omgevingsfactoren een belangrijke rol. Tabel 3 toont een aantal persoonsgebonden risicofactoren die van invloed zijn op de kans om een depressie te krijgen (10). Het Nemesis onderzoek (1) heeft eveneens gekeken naar kenmerken die geassocieerd kunnen worden met depressie. Hierbij werden de volgende zes

determinanten gevonden: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie en woonsituatie.

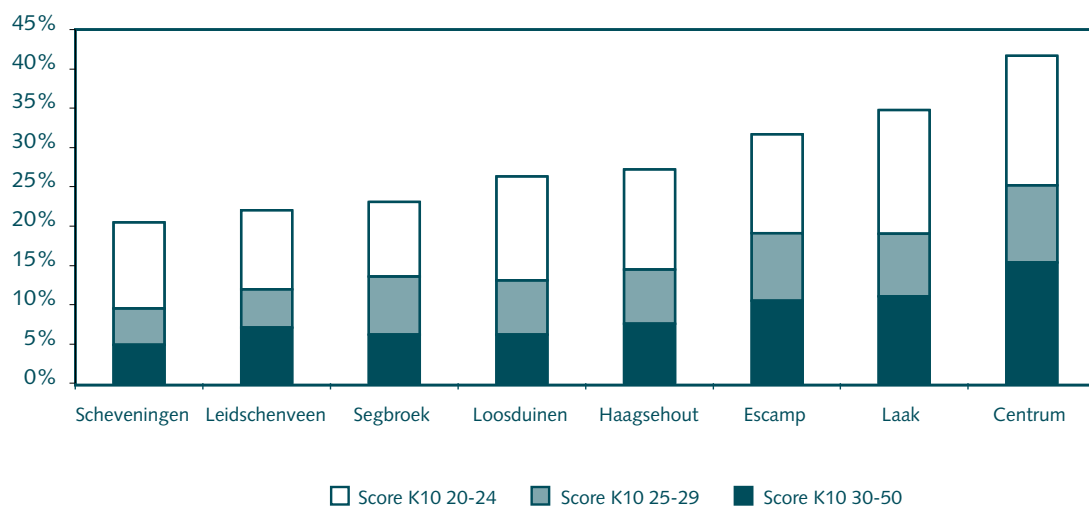
'Etniciteit' wordt noch in tabel 3 van het Nationaal Kompas Volksgezondheid noch bij het Nemesis onderzoek als risicofactor vermeld. Volgens het Nemesis onderzoek is etniciteit ook geen determinant voor depressie. Dit strookt echter niet met de uitkomsten van enkele studies die hierna zijn verricht. Zo blijkt uit een Amsterdams onderzoek dat depressie veel vaker voorkomt onder Turken en Marokkanen dan bij Nederlanders, wat niet kan worden verklaard door andere verschillen tussen Nederlanders en Turken en Marokkanen zoals leeftijd, inkomen, opleiding etcetera (11).

Methode

Om de vraag te beantwoorden of de gevonden verschillen in score op de K10 verklaard kunnen worden door determinanten waarvan bekend is dat deze geassocieerd zijn met het voorkomen van depressie, is allereerst de relatie onderzocht tussen de score op de K10 en de zes determinanten uit de Nemesis studie plus de determinant etniciteit, voor de gegevens uit het Haagse deel van de G4-enquête. Voor dit onderzoek waren we afhankelijk van de gegevens zoals die zijn verzameld in het kader van de G4-enquête. Het was daarom niet mogelijk om de samenhang te bestuderen van alle mogelijke determinanten zoals genoemd in tabel 3. De samenhang tussen de determinanten en de score op de K10 is bestudeerd met behulp van kruistabellen. Met de Chi-kwadraat toets is gekeken of deze samenhang ook significant was.

Figuur 2.

Verdeling op de K10 score per stadsdeel.



Tabel 3.*Risicofactoren voor het optreden van depressie (10).*

persoonsgebonden determinanten	
geslacht	• verhoogde kans op depressie / risicogroep
leeftijd	• vrouwen
genetische factoren	• 25 tot 45 jaar
persoonlijkheidskenmerken	• kinderen van ouders met depressie
	• neurotische persoonlijkheid
	• internaliserende copingstijl
gezondheidstoestand	• aanwezigheid van chronische lichamelijke ziekte
	• aanwezigheid van andere psychische stoornis
omgevingsgebonden determinanten	
sociale steun	• weinig sociale steun
armoede	• leven in armoede
levensgebeurtenissen	
traumatische ervaringen	• mishandeling, emotionele verwaarlozing
	• vluchtelingen
	• gebeurtenissen op interpersoonlijke vlak (vrouwen)
	• aan gezondheidgerelateerde gebeurtenissen (ouderen)

De onderzoeksvraag of (eventuele) verschillen in de prevalentie van depressie tussen de stadswijken verklaard worden uit de determinanten voor depressie is met behulp van bivariate logistische regressie-analyse beantwoord. Voor deze analyse zijn de scores op de K10 verdeeld in een score <20 (geen grote kans op depressie) tegen over ≥ 20 (depressie mogelijk aanwezig). De gevonden verschillen tussen de stadsdelen zijn hierbij gecorrigeerd voor de zeven determinanten geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie, woonsituatie en etniciteit. Wanneer een verschil na correctie verdwijnt, betekent dit dat dit verschil verklaard wordt door deze determinanten.

Resultaten

Uit de analyse van de Haagse data van de G4-enquête blijkt dat er significantie relaties bestaan tussen alle genoemde determinanten voor depressie en de scores op de K10.

Ongecorrigeerd bestaan er de al eerder getoonde verschillen in score op de K10 tussen de verschillende stadsdelen (tabel 4). Daarbij verschillen Haagse Hout, Centrum, Laak en Escamp significant van het referentie stadsdeel Scheveningen. Na correctie voor de zeven determinanten verdwijnen de verschillen bij Laak en Escamp en neemt het verschil tussen stadsdeel Centrum en Scheveningen sterk af (nog net significant verschillend). Het verschil tussen Scheveningen en Haagse Hout blijft echter bestaan.

Bespreking

Doel van dit onderzoek was na te gaan of er binnen Den Haag verschillen tussen de stadsdelen zijn in het voorkomen van depressie. Het onderzoek laat zien dat deze verschillen inderdaad bestaan.

‘Groepen van niet-westerse afkomst, in het bijzonder mensen van Marokkaanse en Turkse afkomst, hebben vaker depressieve gevoelens dan de autochtone Nederlanders’

Kader 2.

Odds Ratio (OR)

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

Indien de Odds gelijk zijn, is de Odds Ratio 1. Een Odds Ratio boven de 1 betekent dat er een verhoogde kans is ten opzichte van de referentiegroep, een Odds Ratio tussen de 0 en 1 betekent dat er een verlaagde kans is ten opzichte van de referentiegroep.

Tabel 4.

Odds Ratio's (zie kader) van de verschillen in score op de K10: 1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten. Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen de stadsdelen zijn vetgedrukte.

Stadsdeel	Relatie stadsdeel en score op de K10	
	ongecorrigeerd	gecorrigeerd
Scheveningen	Referentie [1.00]	Referentie [1.00]
Loosduinen	OR 1,24 [0,94-1,65]	OR 1,27 [0,92-1,75]
Haagse Hout	OR 1,37 [1,03-1,83]	OR 1,52 [1,10-2,10]
Leidscheveen	OR 1,03 [0,77-1,39]	OR 1,14 [0,81-1,59]
Segbroek	OR 1,11 [0,86-1,45]	OR 1,09 [0,81-1,46]
Centrum	OR 2,44 [1,93-3,01]	OR 1,35 [1,01-1,81]
Laak	OR 1,86 [1,39-2,86]	OR 1,16 [0,82-1,64]
Escamp	OR 1,85 [1,45-2,37]	OR 1,21 [0,90-1,62]

Van de totale populatie in Den Haag heeft 28% een score op de K10 van 20 of hoger, wat betekent dat ongeveer 11% van de Haagse bevolking leidt aan een vorm van depressie. Dit percentage is veel hoger dan het percentage gevonden bij de landelijke studie naar geestelijke gezondheid in Nederland; de Nemesis studie (1). In de psychiatrische literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen een 'major' en een 'minor depression' ofwel een depressie in engere zin (ernstige depressie) en een lichte depressie. Het verschil in prevalentie tussen deze twee is groot. Zo laat een studie naar depressie onder ouderen zien dat depressie in engere zin voorkomt bij 2% van de ouderen; de prevalentie van alle andere vormen van depressie bij ouderen is 12,9% (12). Het grote verschil met de Nemesis studie kan dan ook verklaard worden doordat bij de Nemesis studie vooral is gekeken naar mensen met een depressie in engere zin en niet naar mensen met een lichte depressie. Mensen met een lichte depressie lopen wel een grotere kans ook een ernstiger depressie te ontwikkelen (13) en lichte en zware depressie worden op dit moment gezien als een continuüm op een zelfde schaal (14). Daarom is deze groep juist voor depressiepreventie of vroege behandeling van groot belang.

Depressie komt het meest voor in de stadsdelen Centrum, Laak en Escamp en het minst vaak in Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen. Deze verschillen worden voor het grootste deel verklaard door verschillen in etnische samenstelling en verschillen in sociaal-economische klasse van de populatie in de stadsdelen. Etnische groepen van niet-westerse afkomst, in het bijzonder mensen van Marokkaanse en Turkse

afkomst, hebben vaker depressieve gevoelens dan de autochtone Nederlanders. Alleen bij de Surinamers kunnen de verschillen worden verklaard door sociaal-economische klasse en werksituatie. Het percentage mensen met een Turkse achtergrond en depressieve gevoelens is opvallend hoog in vergelijking met alle andere groepen (61% scoort ≥ 20 en 28% > 30). Een goede verklaring hiervoor ontbreekt nog. De factor 'werksituatie' blijkt sterk samen te hangen met de score op de K10. Een zeer hoog percentage (68%) van de mensen die werkloos of arbeidsongeschikt is, scoort hoger dan 20 op de K10 en 38% scoort zeer hoog (30-50). Depressie komt binnen deze groep dus bijzonder vaak voor; met het oog op depressiepreventie zou deze groep extra aandacht moeten krijgen.

Leestip: ThijsFassaert. Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands. Proefschrift. Amsterdam VU 2011. (gratis downloaden op <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/19634>).

Referenties:

1. De Graaf R, ten Have M, van Dorsselaar S.
De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: opzet en eerste resultaten.
Utrecht: Trimbos instituut; 2010.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Kiezen voor gezond leven 2007-2010.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2006.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
4. Gemeente Den Haag. Nota volksgezondheid 2007-2011
Natuurlijk: gezond! Den Haag: Gemeente Den Haag, 2007.
5. Partnership depressiepreventie. Stappenplan lokaalbeleid depressiepreventie.
GGD Nederland 2010 http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/o10171_Depressie-1.pdf
6. Van Veelen JJ, van Dijk AP, Ariëns GAM, et al. G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden.
Den Haag: gemeente Den Haag, gemeente Utrecht, GGD Rotterdam-Rijnmond, GGD Amsterdam; 2009.
7. Fassaert T, De Wit MA, Tuinebreijer WC, et al.
Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents.
Int J Methods Psychiatr Res 2009,18(3):159-68.
8. Donker T, Comijs H, Cuijpers P, et al. The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2010, 176(1):45-50.
9. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60(2):184-9.
10. Nationaal Kompas Volksgezondheid.
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/welke-factoren-beinvloeden-de-kans-op-depressie/>
11. Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004, 83(1):33-41.
12. Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilburg TG, et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1997, 39: 294-308.
13. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997, 45(1-2):19-30.
14. De Graaf LE, Huibers MJ, Cuijpers P, Arntz A. Minor and major depression in the general population: does dysfunctional thinking play a role? *Compr Psychiatry* 2010, 51(3):266-74.

Korte berichten

Cursussen

STIOM

Contextuele benadering in de huisartsenpraktijk; meer grip op individuele problemen door inzicht in gezinsomstandigheden.

Huisartsen zijn zeer laagdrempelig. Als het goed is hebben zij het vertrouwen van hun patiënten en werken zij soms bijna als maatschappelijk werker. Die laagdrempeligheid heeft een keerzijde: patiënten gaan steeds vaker naar de huisarts met psychosomatische klachten. Voor huisartsen is het gemeengoed om problemen van individuele gezinsleden te bezien in relatie tot het hele gezin en de familie. Deze cursus leert om, binnen de kaders van het huisarts-geneeskundig handelen:

- grip te krijgen op individuele problematiek door inzicht in gezinsrelaties
- inzicht te krijgen in de invloed van gezinsrelaties op individuele psychosomatische klachten
- informele ondersteuning en hulpbronnen in te zetten

De cursus is geaccrediteerd en FHA biedt gedeeltelijke financiering.

Meer informatie: Maria Scheffers, Stiom 070 - 445 27 00, e-mail mscheffers@stiom.nl.

NSPOH

Timemanagement

Hoge betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel en een vaak commerciële werk-omgeving vragen een specifieke aanpak en beïnvloeding van uw tijdgebruik.

Doelgroep: professionals in de Public & Occupational Health.
Data: dinsdag 20 maart 2012
Kosten: €475
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=208>

Lobbyen en netwerken

Leer lobbyen en oefen meer invloed uit in de public en occupational health.
Doelgroep: professionals in de public en occupational health.
Data: woensdag 11 en 25 april 2012
Kosten: €740
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=488>

Ethiek in de publieke gezondheid

Sta stil bij de belangrijkste morele kwesties die spelen in de public health en leer over methodieken om morele afwegingen te maken. U kunt uw handelen als professional moreel verantwoorden en werken aan een rechtvaardige public health praktijk.
Doelgroep: gemeenteambtenaren, beleidsmedewerkers, leidinggevend en professionals werkzaam in de public health.
Data: dinsdag 17 en 24 april en 15 mei 2012
Kosten: €1.155
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=458>

Actuele ontwikkelingen in de publieke gezondheid

Afhankelijk van de actualiteit komen verschillende thema's uit de publieke gezondheid aan bod waar ontwikkelingen spelen.
Doelgroep: professionals binnen

de public health die zich begeven op het gebied van beleid en regie.
Data: donderdag 26 april, 28 juni, 13 september en 20 december 2012
Kosten: €385 per dag; €1.250 voor cyclus
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=273>

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de publieke gezondheidszorg

Leer hoe uw advies daadwerkelijk wordt opgevolgd aan de hand van theorieën, inzichten in benodigde vaardigheden en gesprekstechnieken.
Doelgroep: programmanagers, projectleiders, leidinggevend in de publieke gezondheid die binnen hun takenpakket te maken hebben met (beleids)advisering aan vooral externe partijen.
Data: dinsdag 15 en 22 mei en 5 juni 2012
Kosten: €1.260
Locatie: Utrecht
Accreditatie: KV&V-accreditatie is op aanvraag mogelijk, voor aanvang van de module: KV&V: 18 (0Z,6O, 12P). 18 uur door AbSg voor de categorie maatschappij & gezondheid
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=77>

Summercourse: Epidemiologie; wat kan ik er mee?

Maak kennis met de basisbegrippen uit de epidemiologie en biostatistiek én leer ze toepassen in uw eigen praktijk. Ook vakliteratuur beoordeelt u daarna beter. Intensief programma op een prachtige locatie in Drenthe.
Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, beleids-

medewerker, gezondheids-wetenschapper, professional en de project-coördinator werkzaam bij een GGD, GGZ instelling, zorgverzekeraar, thuiszorg-organisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie of relevante overheidsinstantie.

Data: woensdag 15 t/m vrijdag 17 augustus 2012

Kosten: € 1.310

Locatie: Zweelo

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=453>

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH, telefoon 020 - 409 70 00, e-mail: info@nspoh.nl.

Actueel

De mantelzorgpas

Zorgt u voor een ander? Dan bent u mantelzorger en heeft u recht op een gratis mantelzorg-pas. De mantelzorgpas is er om mantelzorgers te bedanken voor de zorg voor een familielid of dierbare, die ziek is of een beperking heeft. Om de zorg vol te kunnen houden is het van belang dat zij ondersteuning krijgen en dat er voldoende vervangende mantelzorg beschikbaar is.

Stichting MantelZorg Den Haag biedt onder andere individuele begeleiding en workshops/ cursussen aan mantelzorgers. Op vertoon van de mantel-zorgpas krijgt men korting op allerlei diensten, culturele en sportieve activiteiten en ontvangt men het Mantelzorg magazine. De mantelzorgpas kan worden aangevraagd via www.mantelzorgdenhaag.nl of telefonisch bij Stichting MantelZorg 070 - 346 87 01. E-mail: info@mantelzorgdenhaag.nl

Onderzoek

Onderzoek Seks onder je 25^e

Onlangs is het vervolg gepubliceerd van het onderzoek *Seks onder je 25^e*, uit 2005. Rutgers WPF en Soa Aids Nederland ondervroegen bijna 8000 jongeren tussen de 12 en 25 jaar over hun seksuele gedrag en beleving.

Dit keer kwam er o.a. uit dat:

- jongeren binnen relaties te snel stoppen met het gebruik van condooms;
- de eerste keer geslachts-gemeenschap voor veel jongeren onverwacht komt;
- meisjes vaker dan jongens spijt hebben van hun eerste keer;
- homojongens gemiddeld een jaar eerder uit de kast komen dan zes jaar geleden;
- er nog steeds sprake is van een geringe homo-acceptatie.

Meer over dit onderzoek via de link <http://www.rutgerswfp.nl/press-release/landelijk-onderzoek-seksuele-gezondheids-onder-jongeren>.

Bij Rutgers WPF kunnen ook folders worden besteld of gedownload, die mensen kunnen helpen bij problemen met seksualiteit. Er zijn folders over de volgende thema's:

- Verschil in verlangen
- Erectiestoornis
- Vagijnistisch reageren
- Het orgasme bij vrouwen
- Zwanger en vrijen
- Pijn bij het vrijen
- De morning-afterpil na onveilige seks

De folders kunnen worden besteld via <http://shop.rutgerswfp.nl/webwinkel/leeftijd/volwassenen>.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het hele jaar 2011

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle aangifteplichtige meldingen geregistreerd worden, en op gegevens van ons elektronisch patiëntendossier, het programma HP Zone.

Het aantal meldingen van aangifteplichtige infectieziekten voor de stad Den Haag over het hele jaar 2011 is hoger dan dat in 2010 (531 resp. 418, exclusief de meldingen van TBC). Deze toename is toe te schrijven aan de toename van kinkhoest-meldingen (bijna verdubbeld), een stijging van gevallen van nieuwe influenza A H1N1 (de pandemische griep van 2009) en een toename van bof. Kinkhoest heeft een cyclisch verloop waarin deze toename kan passen. Of de toename van kinkhoest een landelijke trend betreft moet nog nader worden onderzocht: de landelijke statistieken zijn momenteel niet beschikbaar. De meldingen van pandemische griep zijn vooral gedaan in het begin van het jaar. De voor de pandemie geldende meldingsplicht is in de loop van 2011 afgeschaft. De toename van bof is bijna volledig veroorzaakt door een uitbraak van bof tijdens het voorjaar in een beroepsschool in Den Haag.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2011, voor de stad Den Haag

In dit rapport worden de gegevens van het vierde kwartaal besproken. Het aantal aangifte-plichtige infectieziekten, door de GGD Den

Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2011 gemeld (124, exclusief de meldingen van TBC)), is licht hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2010 (115, exclusief de meldingen van TBC). Belangrijkste reden voor deze stijging is de toename van het aantal meldingen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Twee vrouwelijke patiënten tussen 15 en 40 jaar werden gemeld. De eerste patiënte was besmet in Uganda en de tweede in de studentenwereld, waar bof al geruime tijd rondwaart.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (53 chronische gevallen) is iets lager dan tijdens dezelfde periode in 2010 (58). Mannen zijn meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt en men vermoedt dat de ziekte via de moeder of in het gezin is opgelopen.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (50) is het dubbele van het aantal in dezelfde periode van 2010. Dit heeft te maken met een cyclisch verloop van de kinkhoest epidemie over de jaren. Hoewel de meeste patiënten tussen 5 en 40 jaar oud zijn, worden toch enkele jongere patiëntjes en ook ouderen gemeld. Het betreft, waar bekend, bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Van deze longziekte werd een oudere vrouw gemeld die in Turkije was besmet.

Listeriose

Deze infectieziekte die zeer diverse verschijnselen kan geven, is vooral gevaarlijk voor mensen met een sterk verzwakte afweer en voor het ongeboren kind bij zwangere vrouwen die de ziekte doormaken. De besmettingsbron ligt vooral in voeding. Voorbeelden van risico-producten zijn: zachte kazen zoals brie en camembert die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid, paté en andere vleeswaren, gerookte of gemarineerde vis, gerookte mosselen, ongepasteuriseerde melk, kant-en-klare pannenkoeken en softijs. Van deze aandoening werden twee patiënten gemeld. Het betrof een moeder en haar pasgeborene die tijdens de zwangerschap was besmet via de moeder. Bij deze patiënte was het niet mogelijk na gericht onderzoek van de GGD de besmettingsbron te achterhalen.

Malaria

Er werden 2 mannen en 3 vrouwen gemeld. Allen waren besmet in Afrika. De patiënten waren op een na afkomstig uit Afrika en waren alle besmet omdat zij geen profylaxe hadden geslikt tegen malaria.

Meningokokkenziekte

De melding betrof een volwassen vrouw en één klein kind. Het kind was besmet door het type B meningokok waartegen nog geen vaccin bestaat. De vrouw was besmet met een meningokok van het type C. Sinds enkele jaren worden kinderen op de leeftijd van 14 maanden in het Rijksvaccinatieprogramma tegen het type C gevaccineerd.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Een man van 30 jaar liep de ziekte op in India.

Psittacose

Twee patiënten met deze ziekte die kan leiden tot een longontsteking, werden gemeld. Zij zijn waarschijnlijk besmet door eigen vogels resp. in een vogelspeciaalzaak.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Twee gevallen werden gemeld, besmet geraakt in Georgië resp. India.

STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door het eten van onvoldoende gebakken vlees, werden 3 volwassen patiënten gemeld. Een patiënt, bij wie de diagnose gesteld is via een kweek, was waarschijnlijk besmet in Turkije. Bij de twee andere patiënten is de diagnose gesteld door middel van een PCR, een laboratoriumonderzoek op basis van DNA. Van dit zeer gevoelige onderzoek is nog niet duidelijk welke voorspellende waarde een positieve uitslag heeft voor het risico op transmissie en voor het nut van maatregelen ter preventie van verdere verspreiding.

Trichinose

Trichinellose kan een ziektebeeld geven dat sterk varieert afhankelijk van de soort en van het aantal larven: van asymptomatisch tot een fulminante, dodelijke ziekte met hoge koorts, eosinofilie, oedeem, spierpijn, encefalitis en myocarditis. Het is een voedsel-overdraagbare aandoening, veroorzaakt door besmet vlees van varken, paard of wild. In Nederland wordt slechts af en toe een Trichinella-patiënt gemeld en dan is de vermoedelijke herkomst van de besmetting bijna altijd gelegen in een land waar Trichinella nog endemisch voorkomt. (bron: RIVM). De

Infectieziekten gemeld door instellingen, vierde kwartaal 2011.

Aandoening 2011	Verpleeg- en verzorgingshuis	Kinderopvang	School	Eindtotaal
Maag-darm aandoening	6	2		8
Huiduitslag (impetigo)		3	1	4
Vlekjesziekten		1	1	2
Influenza-achtig ziektebeeld		3		3
Ander		1	3	4
Eindtotaal	6	12	3	21

besmettingsbron van de patiënt die met deze ziekte werd gemeld, kon niet achterhaald worden.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het vierde kwartaal 2011. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. Het aantal meldingen uit instellingen (21) is minder dan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2010 (28). Het verschil is toe te schrijven aan een afname van meldingen van maag-darm aandoeningen. Hiervoor is geen duidelijke oorzaak. De uitbraken betroffen allemaal buikgriep waarbij het norovirus in 7 uitbraken werd aangetoond. De gemelde huidziekten waren allemaal impetigo (krentenbaard). Meldingen van vlekjesziekten betroffen roodvonk. Twee meldingen van Influenza-achtig ziektebeeld betroffen een besmetting van kinderen met het RS-virus. Verder waren er twee uitbraken van waterpokken en een van kinkhoest.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2011 voor de regio Zuid-Holland West*Bof*

Er zijn 15 patiënten met bof gemeld. Alle patiënten waren student. Twee studenten waren in hun jeugd niet gevaccineerd, de andere waren volledig gevaccineerd.

Hepatitis B

Er waren 13 meldingen van hepatitis B. Eén keer was er sprake van een acute hepatitis B. De ziekte was in Nederland opgelopen, waarschijnlijk als gevolg van een onbeschermd seksueel contact. Bij de andere meldingen was er sprake van dragerschap.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is een invasieve pneumokokken infectie gemeld bij een kind van 4 maanden.

Kinkhoest

Er waren 45 meldingen van kinkhoest. Kinkhoest wordt gevonden in alle leeftijden. Dit kwartaal varieerde de leeftijd van 0 jaar tot 80 jaar. De gemiddelde leeftijd was 26 jaar. De mediane leeftijd was 18,5 jaar.

Listeriose

Er is één melding van Listeriose bij de GGD binnengekomen. Betrokkene was bekend met een

verminderde afweer. Een specifieke voedselbron is niet gevonden.

Malaria

Er is drie keer malaria gemeld. Een patiënt was in Kameroen geweest en had de profylaxe niet volgens voorschrift ingenomen. Een patiënt was in Gambia geweest en had geen profylaxe ingenomen. In beide gevallen ging het om Plasmodium falciparum. Een derde patiënt had in India malaria opgelopen. Het ging hierbij om de Plasmodium vivax. De profylaxe was niet volgens voorschrift ingenomen.

Meningokokkose

Er is een 47-jarige patiënt gemeld met een meningokokkose. Het referentielaboratorium heeft aangegeven dat het om groep Y ging.

Shigellose

In het vierde kwartaal waren er vijf meldingen van Shigellose. Twee keer was de ziekte in Nederland opgelopen. De andere patiënten waren in Marokko(2x) en Pakistan geweest. Het ging in alle gevallen om Shigella sonnei.

STEC

Er werd 9 keer een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het vierde kwartaal 2011****			Voorgaande 4 kwartalen					t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 4e kw. 2011	GGD-Zuid Holl.West 4e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2010**	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 1et/m4e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1et/m4e kw. 2010**	
A-ziekten					36			36		
B-ziekten										
	2	5	7	7	4	10	16	37	35	
				2	2		1	3	5	
									1	
				3	2	1	4	7	9	
	53	13	66	70	61	65	62	254	281	
					2	2	1	5		
	50	45	95	52	40	89	95	319	213	
	1		1	3		6	10	17	26	
						4		4		
	2	1	3	4	2	2		7	13	
	1		1		2	2	3	8	3	
	25	9	34	19	15	32	22	34	97***	
							6	6	9	
				4	9	3	1	13	17	
C-ziekten										
	3	9	12	8	5	14	20	51	17	
	5	3	8	12	3	5	13	29	29	
	2		2	2		2		4	9	
									2	
	2		2	3	41	9	5	57	3	
	2	1	3					3		
		1	1	1	2	2	3	8	7	
					1	1		2		
					1	1	1	3		
totaal	148	87	235	190	228	250	263	907	776	

*) 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.

****) Met ingang van EB3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

- **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie: /
Straat:
Postcode/stad: /

- **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:
Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

- **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

- **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag