



GGD
Gemeente Den Haag

Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 48, 2013, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Botbreuken op de Spoedeisende Hulp van het MCH
Sneeuw in Den Haag

Kenmerken van personen overleden door zelfdoding

volksgezondheid

Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod;
ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten
met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio
Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland

Delftse talentenbeurs en talententraining voor
ouderen groot succes; redzaam ouder worden is
vooruitzien, mee blijven doen en ertoe doen

korte berichten

Colofon

December 2013, 48ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
mw. drs. R. Beuker, GGD Zuid-Holland West
(kernredacteur a.i.)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. 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)
drs. E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
drs. L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1

Redactieadres

Redactieadres: Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128
Secretariaat EG: telefoon: 070 353 72 66,
fax: 070 353 72 92, e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Roos.
Epidemiologisch Bulletin op internet: [www.denhaag.nl/
home/bewoners/top/Epidemiologisch-bulletin.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Epidemiologisch-bulletin.htm)

Foto's

Peter van Oosterhout

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag,
Intern Dienstencentrum

Uitgave

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

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

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
Botbreuken op de Spoedeisende Hulp van het MCH; Sneeuw in Den Haag <i>Christien van der Linden, Crispijn van den Brand, Naomi van der Linden</i>	2
Kenmerken van personen overleden door zelfdoding <i>Renske Gilissen, Kim de Bruin, Irene Burger, Bert van Hemert</i>	7
Volksgezondheid	
Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod; ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland <i>Paul Uitewaal</i>	15
Delftse talentenbeurs en talententraining voor ouderen groot succes; redzaam ouder worden is vooruitzien, mee blijven doen en ertoe doen <i>Liesbeth van Dalen</i>	26
Korte Berichten	29

Redactioneel

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) blijft grote uitdagingen bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. OGGZ in vrij brede zin opgevat dan. De weerslag hiervan is vaak zichtbaar in de kolommen van het Epidemiologisch Bulletin. Afgelopen voorjaar verscheen er zelfs - en dat was al voor de tweede keer - een thema(dubbel)nummer over de OGGZ. En in deze aflevering besteden we aandacht aan de onderwerpen huiselijk geweld en opnieuw, zelfdoding.

De gemeente voert actief beleid op het terugdringen van huiselijk geweld. Een van de instrumenten is het tijdelijk huisverbod, dat kan worden ingezet als laatste redmiddel om herhaling of escalatie te voorkomen. In dit Epidemiologisch Bulletin een artikel waarin de evaluatie van deze maatregel wordt gepresenteerd.

Een unieke samenwerking tussen het CBS en de GGD'en van de vier grote steden heeft nieuwe inzichten opgeleverd in de achtergronden van zelfdoding. De laatste jaren laten de cijfers weer een stijgende trend zien. Het artikel in dit bulletin toont onder meer dat zelfdoding vaker voorkomt onder mensen die afhankelijk zijn van een uitkering. Dit roept de vraag op of hier mogelijkheden liggen voor preventie.

In de winter 2012-2013 viel het op de Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden op hoe sterk de stijging was van het aantal mensen met een botbreuk op dagen dat het glad was door de sneeuw. Men besloot hier nader onderzoek naar te doen. De uitkomsten presenteert het Epidemiologisch Bulletin aan het begin van de winter 2013-2014, natuurlijk in de hoop dat het deze winter beter zal gaan.

Ten slotte besteedt dit bulletin ook aandacht aan de gezondheid van ouderen. In Delft is, in navolging van succesvolle activiteiten in Den Haag, een talentenbeurs voor ouderen georganiseerd. Liesbeth van Dalen heeft een van de betrokkenen gevraagd naar de ervaringen.

Liesbeth van Dalen, de nieuwe redactiesecretaris en eindredacteur, is Wiky van Rijssel in deze functie opgevolgd. Wiky heeft besloten van haar welverdiende pensioen te gaan genieten. Wiky, heel veel dank voor de geweldige manier waarop je ruim twaalf jaar hart en ziel bent geweest van dit blad!

Botbreuken op de Spoedeisende Hulp van het MCH

Sneeuw in Den Haag

Christien van der Linden, Crispijn van den Brand, Naomi van der Linden

Heeft sneeuwval effect op het aantal patiënten dat zich met een botbreuk meldt op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) en is het aantal patiënten met botbreuken lager wanneer er geen sneeuw ligt? Jazeker, zo blijkt uit onderzoek. Het totaal aantal patiënten met botbreuken tijdens een sneeuwperiode lag beduidend hoger dan in een controleperiode, terwijl het totaal aantal patiënten op de SEH vrijwel gelijk bleef. Opmerkelijk is dat het niet zozeer ouderen zijn die dan een botbreuk oplopen. Het waren vooral mensen tussen de 31 en 60 jaar die zich tijdens de sneeuw presenterden met een botbreuk. In het tekstkader 'Gladheidsbestrijding in Den Haag' op pagina 5 geeft de gemeente Den Haag naar aanleiding van dit artikel uitleg over het strooibeleid.

Inleiding

Veel letsels die behandeld worden op de SEH zijn het directe gevolg van vallen. In de winter, als het glad is door sneeuw, lijkt het aantal letsels door vallen enorm toe te nemen. In januari 2013 werd Nederland grotendeels bedekt door een sneeuwlaag. Op veel doorgaande wegen was gestrooid, maar in kleine zijstraten en op fietspaden en stoepen ontstonden soms spekgladde, onregelmatige oppervlakten. De krant kopte 'Spoedeisende hulpen drukker dan normaal'(1), gebaseerd op de verhalen van de verpleegkundigen en artsen op de SEH. Het werkelijke effect van een sneeuwperiode op het aantal patiënten dat zich meldt op een SEH in Nederland is echter niet bekend.

In het buitenland is wel onderzoek gedaan naar letsels die ontstaan tijdens een sneeuwperiode, vooral naar de frequentie van letsels en het soort letsels (2-5), maar ook naar de risicofactoren (2,6,7), etiologie (8), preventieve maatregelen (9-11), de werkdruk op een trauma-unit (12) en naar de zorgkosten (12). Zo blijkt dat er tijdens een periode van sneeuw meer ongevallen plaatsvinden, die leiden tot meer klinische opnames en hogere zorgkosten (12). Preventie wordt onder meer gezocht in binnenblijfadvisen, het schoonhouden van de straten en stoepen en het advies om schoenen met extra grip te gebruiken (3,9-11,13).

Het doel van deze pilotstudie was te onderzoeken wat het effect is van een sneeuwperiode op het aantal patiënten met botbreuken dat zich meldt op de SEH. Ook is gezocht naar verschillen tussen patiënten met

botbreuken die zich melden op de SEH tijdens een sneeuwperiode en tijdens een controleperiode, in geslacht, leeftijd, doorlooptijd en bestemming na het SEH-bezoek.

Methoden

Opzet van de studie en procedure

Op twee SEH-afdelingen van Medisch Centrum Haaglanden (MCH) werd een observationele, cross-sectionele pilotstudie verricht. Het betrof de locaties Westeinde (Den Haag) en Antoniushove (Leidschendam), gezamenlijk goed voor ruim 75.000 SEH-bezoeken per jaar.

Voor de analyse werd de sneeuwperiode van 14 tot en met 23 januari 2013 gebruikt. Gedurende deze periode varieerde de gemiddelde temperatuur van -1.3 (op 21 januari 2013) tot -5.2 (op 17 januari 2013), de minimum temperatuur van -2.8 (op 15 januari 2013) tot -8.6 (op 17 januari 2013) en de maximum temperatuur van -3.6 (op 17 januari 2013) tot 3.0 graden Celsius (op 16 januari 2013) (Weerstation Den Haag).

Als controleperiode is gekozen voor 16 tot 25 januari 2012. Dit is een identieke periode in het voorgaande jaar wat betreft de verdeling in weekend- en weekdagen, het aantal zonuren en daglicht en sneeuw- en ijzelvrij. In de controleperiode varieerde de gemiddelde temperatuur van 1.9 (16 januari 2012) tot 8.2 (21 januari 2012), de minimum temperatuur van -0.4 (16 januari 2012) tot 6.3 (22 januari 2012) en de maximum temperatuur van 5.4 (16 januari 2012) tot 10.3 graden Celsius (22 januari 2012) (Weerstation Den Haag).

Over de auteurs:

Mw. M.C. van der Linden is klinisch epidemioloog acute zorg bij het Medisch Centrum Haaglanden, C.L. van den Brand is SEH-arts bij Medisch Centrum Haaglanden, mw. N. van der Linden is gezondheidseconoom bij de Erasmus Universiteit Rotterdam, Institute for Medical Technology Assessment. E-mail: c.van.der.linden@mchaaglanden.nl.

Patiënten met de diagnose ‘botbreuk’ werden handmatig gefilterd uit de medische en verpleegkundige statussen van alle patiënten die gedurende de twee tiendaagse onderzoeksperiodes een van beide SEH-afdelingen van MCH bezochten. Alle patiënten met een of meerdere door röntgendiagnostiek aangetoonde botbreuken werden geïncludeerd voor dit onderzoek. Ook patiënten bij wie naar aanleiding van de röntgendiagnostiek in de medische status een sterke verdenking op een botbreuk werd omschreven en een botbreukbehandeling werd ingezet, werden geïncludeerd. Patiënten die tijdens de onderzoeksperiode op de SEH kwamen met een botbreuk die ontstaan was voorafgaand aan de onderzoeksperiode, werden geëxcludeerd voor dit onderzoek. Patiënten met een botbreuk die de SEH bezochten in de sneeuwperiode werden vergeleken met patiënten met een botbreuk die de SEH bezochten in de controleperiode, wat betreft geslacht, leeftijd, doorlooptijd (tijd van binnenkomst SEH tot aan verlaten van SEH) en bestemming (polikliniek of opname op een klinische afdeling).

Analyse

Voor de statistische bewerking werd gebruik gemaakt van SPSS voor Windows versie 17.0. Verschillen tussen patiënten tijdens de sneeuwperiode en

patiënten tijdens de controleperiode, in geslacht, leeftijd, doorlooptijd en bestemming, werden geanalyseerd met de X^2 test voor categorische variabelen en de t-test voor de numerieke variabelen. Een verschil met $p < 0.05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In totaal bezochten 3.759 patiënten de twee SEH-afdelingen tijdens de 20 studiedagen, 1.785 in de sneeuwperiode en 1.974 in de controleperiode. Bij 332 patiënten werd een botbreuk gediagnosticeerd. In de sneeuwperiode was de proportie patiënten met een botbreuk significant groter dan in de controleperiode ($p=0,000$): bij 223 patiënten in de sneeuwperiode en bij 109 patiënten in de controleperiode werd een botbreuk gediagnosticeerd.

Tabel 1 toont de SEH-bezoekgegevens van de patiënten met botbreuken in de sneeuwperiode en in de controleperiode.

Er werden geen verschillen gevonden in geslacht, gemiddelde leeftijd, doorlooptijd en bestemming. Inzoomend op de leeftijdscategorieën bleek er geen verschil te zijn in het aantal 60-plussers tussen de twee periodes. Wel waren er tijdens de sneeuwperiode significant minder patiënten in de leeftijd van 0 tot en met 31 jaar en significant méér patiënten in de

Tabel 1.
SEH bezoek gegevens in de sneeuwperiode en in de controleperiode.

Totale groep patiënten met een botbreuk op de SEH (N=332)	Sneeuwperiode (n=223)	Controleperiode (n=109)	P-waarde
Geslacht (n, %)			
- man	96 (43,0)	57 (52,3)	P=0,113
- vrouw	127 (57,0)	52 (47,7)	
Leeftijd (gemiddelde, SD*)	47,4 (21,7)	43,3 (26,6)	P=0,142
Leeftijdscategorieën (n, %)			
- 0-15 jaar	28 (12,6)	24 (22,0)	P=0,026
- 16-30 jaar	25 (11,2)	24 (22,0)	P=0,009
- 31-60 jaar	107 (48,0)	28 (25,7)	P<0,001
- >61 jaar	63 (28,3)	33 (30,3)	P=0,702
Doorlooptijd (minuten, gemiddelde, SD)	146,07 (87,16)	134,18 (86,13)	P=0,242
Bestemming (n, %)			
- klinische opname	31 (13,9)	20 (18,3)	P=0,291
- polikliniek	192 (86,1)	89 (81,7)	

* SD = standaard deviatie



leeftijdscategorie 31-60 jaar die zich presenteerden met een botbreuk, dan tijdens de controleperiode.

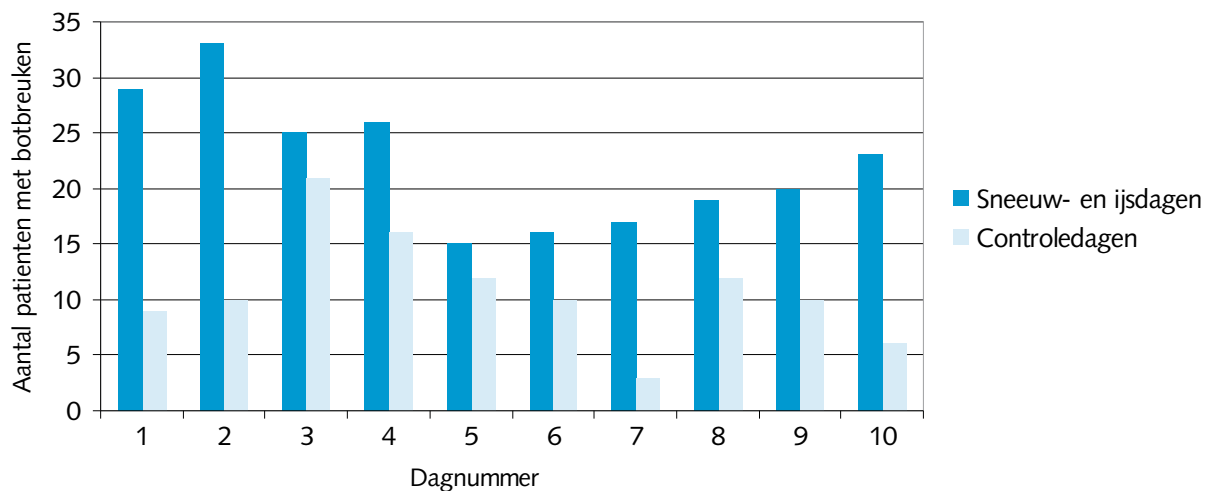
Beschouwing

Het aantal botbreuken dat opgelopen werd tijdens de sneeuwperiode was ruim twee keer zo hoog als tijdens de controleperiode. Deze bevinding is vergelijkbaar met aantallen gevonden in internationale studies. Een studie in Wales toont aan dat tijdens een vierdaagse

sneeuwperiode, patiënten 2.85 keer meer risico hebben om een botbreuk op te lopen dan tijdens een identieke periode zonder sneeuw (13). Hoewel in andere studies (3,5,13) het risico op een botbreuk toenam bij het stijgen van de leeftijd en ouderen het meeste risico op een botbreuk hadden, was dit in onze studie niet het geval. De sterkste toename van botbreukincidentie werd gevonden in de leeftijdsgroep 31-60 jaar. Dit is een interessante bevinding,

Figuur 1.

Aantal patiënten met botbreuken per dag tijdens de sneeuwperiode en controleperiode.



Gladheidsbestrijding in Den Haag

Gemeenten moeten als wegbeheerders van de lokale wegen zorgen voor het begaanbaar houden van wegen tijdens perioden van gladheid door bevroering of sneeuwval. De gemeente Den Haag strooit in totaal op 700 kilometer hoofdwegen en 600 kilometer doorgaande fietspaden. Bij het strooien maakt de gemeente gebruik van vaste strooiroutes die bestaan uit doorgaande hoofdwegen, kruispunten, viaducten, bruggen, busroutes en de doorgaande fietsroutes.

De gemeente kiest ervoor om niet alle woonstraten, stoepen, winkelstraten, fietspaden en niet-doorgaande wegen te strooien. De stad is hiervoor te groot en het is ook veel te kostbaar. Bovendien kan het zout pas goed zijn werk doen als het ook wordt ingereden door het verkeer. Op hoofdwegen is er meer en zwaarder verkeer zodat het zout beter en eerder wordt ingereden. Het zout op de fietspaden wordt door het lichtere fietsverkeer minder goed ingereden. Op wegen waar weinig verkeersbewegingen zijn (binnenwegen, woonstraten, stoepen) heeft strooien dus ook geen zin.

Om de stad begaanbaar te houden heeft de gemeente daarom elk jaar de medewerking van inwoners en ondernemers in de stad nodig. Inwoners en bedrijven kunnen gratis extra hoeveelheden strooizout afhalen bij de stadsdeelkantoren, de stadsboerderijen en de afvalbrengstations. Dat zout kan worden afgehaald door inwoners, scholen, zorginstellingen en ondernemers. Scholen en zorginstellingen ontvangen jaarlijks van de gemeente een brief met het eenmalige aanbod om gratis strooizout aan te vragen. Met dit strooizout kan bij gladheid de toegang tot de school of instelling bereikbaar worden gemaakt.

Alle informatie over de gladheidsbestrijding in Den Haag staat op www.denhaag.nl/gladheid. Hier is bijvoorbeeld te zien welke routes de gemeente strooit en actuele informatie over wanneer er is gestrooid. Ook staan er tips over het omgaan met gladheid voor bijvoorbeeld fietsers.



ook gezien het feit dat de meerderheid van de economisch actieve populatie tot deze leeftijdsgroep behoort (14).

In tien dagen tijd ontvingen de twee SEH-afdelingen 114 meer patiënten met botbreuken dan normaal. Het totaal aantal ongevallen in een sneeuwperiode is nog vele malen hoger. Dit onderzoek toont slechts een beperkt deel van de letsels: er komen tijdens een sneeuwperiode veel patiënten op de SEH na een val door gladheid, maar lang niet altijd met een botbreuk. Veel patiënten komen met een hersenschudding, een verstuijing of kneuzing, een schouder uit de kom of een verwonding. Deze patiënten zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

De doorlooptijd van de patiënten met botbreuken in de sneeuwperiode was niet significant langer dan de doorlooptijd van de patiënten met botbreuken in de controleperiode (146 versus 134 minuten, $p=0.24$). Deze bevinding kan verklaard worden door het feit dat er geen grotere toestroom van patiënten op de SEH was tijdens de gladheid (1.785 patiënten in de sneeuwperiode versus 1.974 patiënten in de controleperiode). Mogelijk is de drempel om voor niet-urgente problemen de SEH te bezoeken hoger tijdens een sneeuwperiode. Voorgaand onderzoek toont wisselende resultaten: het ene onderzoek meldt een toename van de werkdruk tijdens een sneeuwperiode (13), in een ander onderzoek nam de werkdruk niet toe tijdens een sneeuwperiode (15). In onze studie is niet gecontroleerd voor mogelijke factoren die de doorlooptijd beïnvloedden. In een vervolgstudie zullen we met behulp van regressie de uitkomst corrigeren voor beïnvloedende factoren en inzoomen op soort en ernst van de botbreuken. De getallen extrapoleren, ervan uitgaande dat het marktaandeel van MCH 28% is, behandelen de

ziekenhuizen in regio Den Haag gezamenlijk tijdens een sneeuwperiode dagelijks 45 patiënten extra. De toename van patiënten die een SEH bezoeken gedurende een relatief korte periode doet denken aan een 'grootschalig incident' of 'ramp' (13). Een sneeuwperiode kan net zo veel extra slachtoffers veroorzaken als andere 'rampen', maar is beter voorspelbaar, waardoor preventie eenvoudiger is. Behalve pijn en ongemak betekent een botbreuk ook vaak verlies van arbeidsdagen voor de patiënt. Bovendien kunnen sommige ouderen niet meer thuis wonen nadat zij met een gebroken heup of bovenarm in het ziekenhuis belandden. Gegevens over zorgkosten waren helaas niet beschikbaar, maar het is aannemelijk dat deze aanzienlijk zijn. Dit maakt betere inzet van preventieve maatregelen potentieel zeer kosteneffectief.

'Preventiemaatregelen zouden het risico op een botbreuk kunnen verlagen'

Beperkingen

Bovenstaande bevindingen moeten in het licht gezien worden van een aantal beperkingen.

Ten eerste is binnen deze onderzoeksopzet niet gecontroleerd voor andere factoren die het risico op botbreuken beïnvloeden. Hoewel het waarschijnlijk is dat de weersomstandigheden het verschil in aantal botbreuken tussen beide periodes verklaren, is causaliteit niet aan te tonen.

Ten tweede zijn in deze analyse geen gegevens verwerkt over het letselmechanisme. Voor een betere inzet van specifieke preventieve maatregelen zou het goed zijn om in vervolgonderzoek extra informatie te verzamelen over de activiteit en locatie van de patiënt tijdens het ontstaan van het letsel.

Tot slot moet er rekening mee worden gehouden dat dit onderzoek alleen heeft plaatsgevonden in Medisch Centrum Haaglanden en dat de extrapolatie van de aantallen naar regio Den Haag een schatting is.

Conclusie

Het totaal aantal patiënten met botbreuken tijdens de sneeuwperiode lag beduidend hoger dan in de controleperiode, terwijl de doorlooptijd van de patiënten niet significant toenam. Gemiddeld kwamen tijdens een sneeuwperiode 12 patiënten méér met botbreuken per dag op de twee onderzochte SEH-afdelingen. Preventiemaatregelen zouden het risico op een botbreuk kunnen verlagen.

Met dank aan Louise Cornelisse en Koen Richel voor hun hulp bij de dataverzameling en aan Frans de Voeght voor zijn praktische ondersteuning van het onderzoek.

Referenties

1. ANP. Drukke op spoedeisende hulp. Trouw 2013 Jan 15.
2. Bulajic-Kopjar M. Seasonal variations in incidence of fractures among elderly people. *Inj Prev* 2000 Mar;6(1):16-9.
3. Lewis LM, Lasater LC. Frequency, distribution and management of injuries due to an ice storm in a large metropolitan area. *South Med J* 1994 Feb;87(2):174-8.
4. O'Neill BJ, Kelly EG, Breathnach OC, Keogh P, Kenny PJ, O'Flanagan SJ. The effect of inclement weather on ankle fracture management in an Irish trauma unit. *Ir J Med Sci* 2013 Jan 8.
5. Smith RW, Nelson DR. Fractures and other injuries from falls after an ice storm. *Am J Emerg Med* 1998 Jan;16(1):52-5.
6. Bjornstig U, Bjornstig J, Dahlgren A. Slipping on ice and snow-elderly women and young men are typical victims. *Accid Anal Prev* 1997 Mar;29(2):211-5.
7. Piercefield E, Wendling T, Archer P, Mallonee S. Winter storm-related injuries in Oklahoma, January 2007. *J Safety Res* 2011 Feb;42(1):27-32.
8. Gao C, Abeysekera J. A systems perspective of slip and fall accidents on icy and snowy surfaces. *Ergonomics* 2004 Apr 15;47(5):573-98.
9. Gao C, Holmer I, Abeysekera J. Slips and falls in a cold climate: underfoot surface, footwear design and worker preferences for preventive measures. *Appl Ergon* 2008 May;39(3):385-91.
10. Gard G, Lundborg G. Pedestrians on slippery surfaces during winter-methods to describe the problems and practical tests of anti-skid devices. *Accid Anal Prev* 2000 May;32(3):455-60.
11. Gard G, Berggard G. Assessment of anti-slip devices from healthy individuals in different ages walking on slippery surfaces. *Appl Ergon* 2006 Mar;37(2):177-86.
12. Cashman JP, Green CJ, McEllistrem B, Masterson E, Condon F. The effect of inclement weather on trauma orthopaedic workload. *Ir J Med Sci* 2011 Sep;180(3):679-82.
13. Ralis ZA. Epidemic of fractures during period of snow and ice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981 Feb 21;282(6264):603-5.
14. Employment Statistics-Statistics Explained; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics#. 2013.
15. Murray IR, Howie CR, Biant LC. Severe weather warnings predict fracture epidemics. *Injury* 2011 Jul;42(7):687-90.

Kenmerken van personen overleden door zelfdoding

Renske Gilissen, Kim de Bruin, Irene Burger, Bert van Hemert

Medio 2013 bracht het Epidemiologisch Bulletin een themanummer uit over suïcide en parasuïcide. De uitgave bevatte veel kennis die de GGD had verzameld rond dit thema. Nu is er opnieuw aandacht voor het onderwerp suïcide. Een uniek onderzoek van de afdeling Epidemiologie van de GGD in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek geeft namelijk inzicht in zowel belangrijke demografische gegevens als sociaaleconomische kenmerken van alle Nederlandse inwoners die in de periode 2002 - 2011 door zelfdoding zijn overleden. Opvallende uitkomst van het onderzoek is het sterk verhoogde voorkomen van zelfdoding bij mensen met een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering.

Achtergrond

Preventie van zelfdoding hoort tot de volksgezondheidsprioriteiten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dat de ambitie heeft om het aantal zelfdodingen terug te dringen. Sinds 2007 steeg het aantal zelfdodingen in Nederland: van 1.345 in 2007 naar 1.753 in 2012 (1). Recent is in dit bulletin uitgebreid aandacht besteed aan het thema suïcide en parasuïcide, waarbij ondermeer inzicht is gegeven in trends in het aantal zelfdodingen in Nederland en Den Haag (2,3). Om het aantal zelfdodingen terug te dringen is, naast gegevens over (het verloop in) het aantal zelfdodingen, inzicht nodig in belangrijke beïnvloedende factoren voor zelfdoding: Bij wie komt zelfdoding meer (of minder) voor? Om aan deze kennis bij te dragen is in 2013 onderzoek gedaan door de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Eerdere onderzoeken naar beïnvloedende factoren van zelfdoding waren vaak gelimiteerd doordat verbanden gelegd werden op populatieniveau en niet op individueel niveau. Het huidige onderzoek is

daarin uniek: het biedt op individueel niveau inzicht in een aantal belangrijke demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit, burgerlijke staat, samenlevingsvorm) en sociaaleconomische kenmerken (uitkering en inkomen) van alle Nederlandse ingezetenen die gedurende 2002-2011 door zelfdoding zijn overleden.

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd bij en met gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2013). Aan alle Nederlandse ingezetenen van 15 jaar en ouder die in de periode 2002-2011 door zelfdoding zijn overleden zijn de persoonskenmerken geslacht, leeftijd, woongemeente, land van herkomst, burgerlijke staat, samenlevingsvorm¹, uitkering (persoon ontvangt een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids-, bijstandsuitkering) en huishoudinkomen gekoppeld.

In dit artikel worden zelfdodingcijfers absoluut weergegeven en, omdat zelfdoding sterk gerelateerd is aan geslacht (het aantal zelfdodingen bij mannen is 1,5 tot 2 keer hoger dan bij vrouwen) en leeftijd, zijn de gegevens apart gepresenteerd voor mannen en

¹ Samenlevingsvorm: De samenstelling van het huishouden van de persoon ten tijde van overlijden: Stel zonder kinderen (persoon is een partner in een samenwonend [gehuwd/ongehuwd] paar en heeft geen thuiswonende kinderen), Stel met kinderen (persoon is een partner in een samenwonend [gehuwd/ongehuwd] paar met een of meer thuiswonende kinderen), Alleenstaand (huishouden bestaande uit één persoon), Eenouderhuishouden (huishouden bestaande uit 1 ouder met een of meer thuiswonende kinderen), Thuiswonend kind, Institutioneel (lid van een huishouden die bedrijfsmatig wordt voorzien van huisvesting en dagelijkse levensbehoeften. Het gaat om instellingen zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen, waarin de persoon in principe voor langere tijd verblijft), Overig huishouden (overig lid; te denken valt aan een kostganger die bij een gezin inwoont, twee broers die samen een huishouding vormen, et cetera.).

Over de auteurs:

Mw. dr. R. Gilissen is epidemiologisch onderzoeker bij de GGD Den Haag, mw. drs. K. de Bruin is statistisch onderzoeker bij het Centraal Bureau voor de Statistiek, mw. I. Burger is epidemiologisch onderzoeker bij de GGD Den Haag, prof. dr. A.M. van Hemert is hoogleraar Psychiatrie bij het Leids Universitair Medisch Centrum. E-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

vrouwen en indirect gestandaardiseerd naar leeftijd (SMR: Standardized Mortality Ratio). De SMR geeft de verhouding weer tussen de sterfte in een onderzoekspopulatie en de sterfte in een referentiepopulatie. Uit deze analyse blijkt in welke mate zelfdoding meer of minder voorkomt in de desbetreffende populatie, gecorrigeerd voor mogelijke invloeden van leeftijd. Een SMR van 200 betekent dat zelfdoding relatief twee keer meer voorkomt dan in de referentiepopulatie. Voor elk persoonskenmerk is de referentiepopulatie de groep die het meest voorkomt in de algemene bevolking (bijvoorbeeld bij etniciteit de autochtonen). Om per kenmerk na te kunnen gaan hoeveel meer of minder zelfdoding voorkomt in Den Haag in vergelijking tot Nederland zijn Odds Ratio's (OR) berekend. Een OR van 1,5 betekent in dit onderzoek dat het risico op zelfdoding in Den Haag 1,5 keer zo hoog is als landelijk. De gegevens worden gepresenteerd voor de bevolking van 15 jaar en ouder. Onder de 15 jaar is zelfdoding zeldzaam.

Resultaten

In absolute aantallen vonden in Nederland in de jaren 2002 tot en met 2011 onder mannen jaarlijks gemiddeld 1.043 zelfdodingen plaats (range 937-1135) en onder vrouwen 475 (range 408-511). Opgeteld zijn dit 15.178 zelfdodingen gedurende tien jaar.

Tabel 1 toont per persoonskenmerk het absolute aantal zelfdodingen gedurende 2002-2011, het percentage van het totaal aantal zelfdodingen en de indirect gestandaardiseerde zelfdodingcijfers (SMR) van Nederlandse ingezetenen van 15 jaar en ouder die gedurende 2002-2011 door zelfdoding zijn overleden. In absolute aantallen zijn het aantal mannen dat door zelfdoding is overleden (69%), het aantal alleenstaanden (45%) en het aantal mensen met een uitkering (37%) opvallend.

De zelfdodingcijfers gecorrigeerd naar leeftijd en bevolkingsomvang (SMR) staan in Figuur 1. Sterfte door zelfdoding is bij mannen ruim twee maal zo hoog als bij vrouwen. In de vier grote steden kwam zelfdoding in 2002-2011 relatief vaak voor vergeleken met de rest van Nederland, uitgezonderd voor Rotterdamse vrouwen.

Naast geslacht en woongemeente van de overledene, verschilt het vóórkomen van zelfdoding naar land van

herkomst, burgerlijke staat, samenlevingsvorm, uitkeringstatus en huishoudinkomen van de overledene. Voor zowel mannen als vrouwen zijn de effecten van de meeste factoren min of meer gelijk. Vergeleken met autochtone mannen en vrouwen is de sterfte door zelfdoding hoger onder mensen met een Duitse herkomst en lager onder mensen met een Marokkaanse, Turkse of overig niet-westerse herkomst. Ten opzichte van autochtone mannen komt zelfdoding meer voor onder Surinaamse mannen.

Vergeleken met mensen die gehuwd zijn of een geregistreerd partnerschap hebben, komt zelfdoding meer voor onder ongehuwden (2,5 keer zo vaak bij mannen, ruim 3 keer zo vaak bij vrouwen), gescheidenen (4 keer zo vaak bij mannen en ruim 3,5 keer zo vaak bij vrouwen) en verweduwden (3 keer zo vaak bij mannen en 1,7 keer zo vaak bij vrouwen). Mensen met een partner en thuiswonende kinderen hebben een lagere zelfdodingsterfte ten opzichte van partners zonder (thuiswonende) kinderen, dit geldt vooral voor vrouwen. Alle overige samenlevingsvormen vertonen verhoogde leeftijdsspecifieke zelfdodingcijfers, in het bijzonder alleenstaanden (4 keer zo hoog bij mannen en 3 keer zo hoog bij vrouwen) en leden van institutionele huishoudens² (ruim 4 keer zo hoog bij mannen en 2,5 keer zo hoog bij vrouwen).

Het meest opvallend zijn de SMR's voor het ontvangen van één of meerdere uitkering(en). Vergeleken met mensen die geen uitkering ontvangen is de sterfte door zelfdoding sterk verhoogd onder mensen die één (of meer) arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering(en) ontvangen. Zelfdodingsterfte onder mannen met een uitkering blijkt 4,6 keer zo groot (SMR man = 462) en bij vrouwen met een uitkering 6,1 keer zo groot vergeleken met hun seksegenoten zonder uitkering (SMR vrouw = 606).

Ten slotte zien we bij mannen en vrouwen een hogere zelfdodingsterfte in de laagste inkomensgroep (gestandaardiseerd huishoudinkomen tot 10.000 euro).

² Lid van institutioneel huishouden: lid van een huishouden dat bedrijfsmatig wordt voorzien van huisvesting en dagelijkse levensbehoeften. Het gaat om instellingen zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen, waarin de persoon in principe voor langere tijd verblijft en waar de persoon ook ingeschreven is.

Tabel 1.

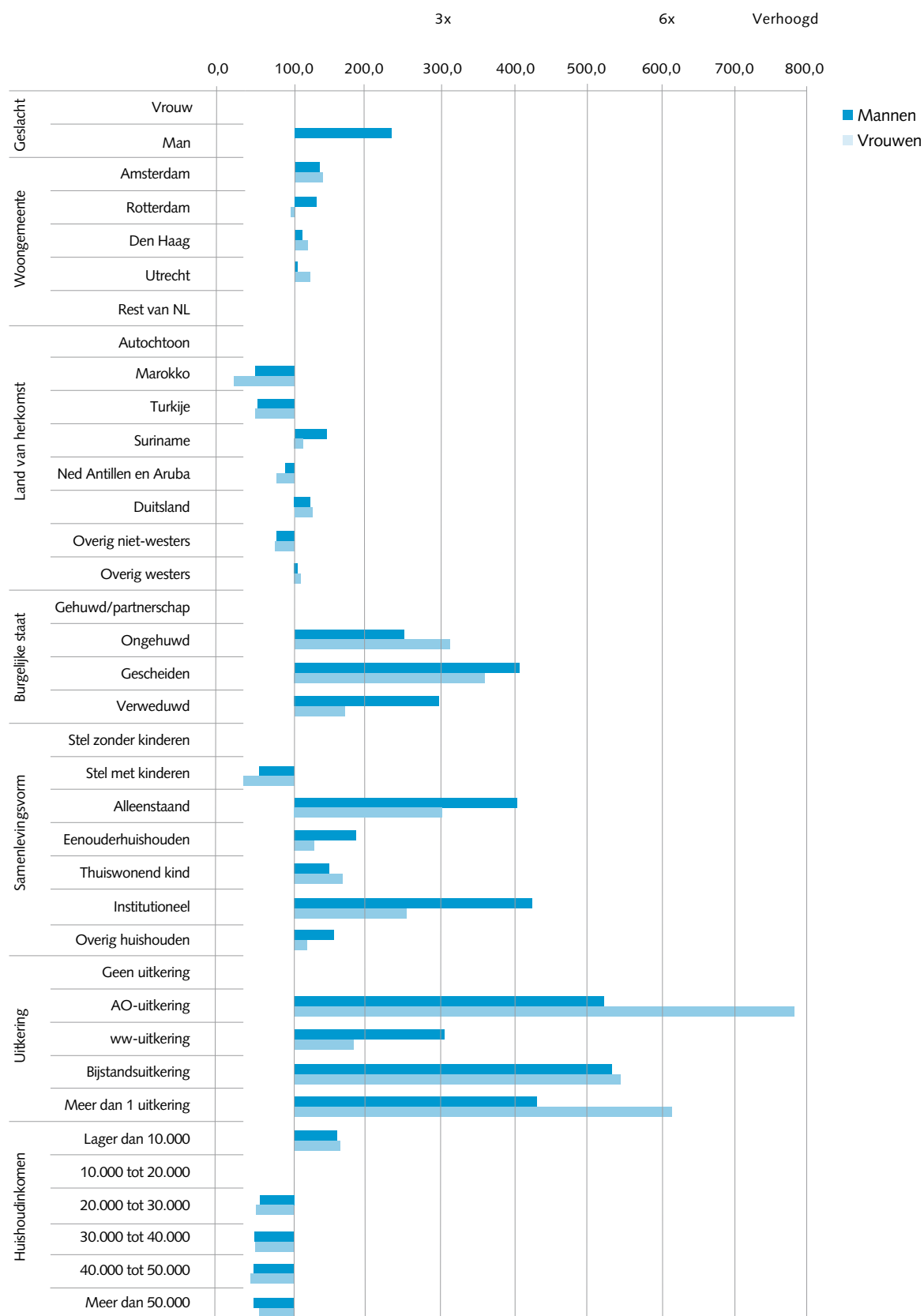
Aantal zelfdodingen gedurende 2002-2011 (% van totaal) en indirect gestandaardiseerde zelfdodingsterfte (Standardized Mortality Ratio; SMR), Nederland, 2002-2011.

		Totaal aantal zelfdodingen		SMR	
		Man (%)	Vrouw (%)	Man (95%-BI)	Vrouw (95%-BI)
Totaal aantal zelfdodingen in 10 jaar: 15.178					
Geslacht	Vrouw		4.753 (31%)		100
	Man	10.425 (69%)		229 (225-234)*	
Woongemeente	Amsterdam	621 (6%)	292 (6%)	133 (123-144)*	142 (126-159)*
	Rotterdam	434 (4%)	154 (3%)	122 (111-134)*	95 (80-110)
	Den Haag	316 (3%)	161 (3%)	109 (97-121)	123 (104-142)*
	Utrecht	175 (2%)	97 (2%)	104 (89-120)	129 (103-154)*
	Rest van NL	8.865 (85%)	4.046 (85%)	100	100
Land van herkomst	Autochtoon	8.638 (83%)	3.932 (83%)	100	100
	Marokko	89 (1%)	19 (0%)	55 (43-66)*	32 (18-47)*
	Turkije	107 (1%)	38 (1%)	56 (45-66)*	52 (35-68)*
	Suriname	250 (2%)	102 (2%)	139 (121-156)*	113 (91-135)
	NedAntillen + Aruba	62 (1%)	23 (0%)	95 (71-118)	78 (46-110)
	Duitsland	331(3%)	179 (4%)	123 (110-137)*	125 (107-144)*
	Overig niet-westers	254 (2%)	94 (2%)	85 (75-96)*	78 (63-94)*
	Overig Westers	694 (7%)	366 (8%)	103 (95-110)	114 (102-126)*
Burgerlijke Staat	Gehuwd/Partnerschap	3.403 (33%)	1.553 (33%)	100	100
	Ongehuwd	4.483 (43%)	1.488 (31%)	255 (247-262)*	321 (304-337)*
	Gescheiden	1.869 (18%)	1.041 (22%)	406 (387-424)*	367 (345-389)*
	Verweduwd	670 (6%)	671 (14%)	299 (277-322)*	172 (159-185)*
Samenlevingsvorm	Stel zonder kinderen	1.960 (21%)	1.021 (24%)	100	100
	Stel met kinderen	1.624 (17%)	601 (14%)	70 (66-73)*	47 (43-50)*
	Alleenstaand	4.285 (46%)	1.903 (45%)	403 (391-415)*	302 (288-316)*
	Eenouderhuishouden	167 (2%)	307 (7%)	189 (160-217)*	133 (118-147)*
	Thuiswonend kind	844 (9%)	192 (5%)	149 (139-159)*	173 (149-198)*
	Institutioneel	373 (4%)	186 (4%)	433 (389-477)*	256 (219-293)*
	Overig huishouden	157 (2%)	53 (1%)	169 (143-195)*	112 (82-142)
Uitkering	Geen uitkering	6.779 (65%)	2.843 (60%)	100	100
	Uitkering (geen AOW)	3.646 (35%)	1.910 (40%)	462 (447-477)*	606 (579-634)*
	AO-uitkering	2.260 (22%)	1.233 (26%)	501 (480-522)*	779 (736-822)*
	WW-uitkering	384 (4%)	79 (2%)	283 (255-311)*	186 (145-227)*
	Bijstandsuitkering	891 (9%)	529 (11%)	509 (475-542)*	514 (470-558)*
	Meer dan 1 uitkering	111 (1%)	69 (1%)	421 (343-499)*	611 (467-756)*
Huishoudinkomen	Lager dan 10.000	701 (9%)	324 (9%)	158 (146-169)*	161 (143-178)*
	10.000 tot 20.000	3.988 (50%)	1.995 (54%)	100	100
	20.000 tot 30.000	2.239 (28%)	901 (25%)	63 (61-66)*	60 (56-64)*
	30.000 tot 40.000	687 (9%)	288 (8%)	56 (52-60)*	56 (50-63)*
	40.000 tot 50.000	205 (3%)	79 (2%)	56 (48-63)*	52 (41-63)*
	Meer dan 50.000	167 (2%)	75 (2%)	57 (48-65)*	62 (48-76)*

*Significant verhoogd of verlaagd ten opzichte van de referentiepopulatie (p<0,05)

Figuur 1.

Indirect gestandaardiseerde zelfdodingsterfte (Standardized Mortality Ratio; SMR), Nederland, 2002-2011.



Combinaties van kenmerken

Kijkend naar combinaties van persoonskenmerken, is de zelfdodingsterfte hoger onder mensen die een uitkering ontvangen EN alleenstaand zijn, en het meest verhoogd onder mensen die een uitkering ontvangen EN in een institutioneel huishouden wonen (N=308; Figuur 2). De verhoogde zelfdodingsterfte bij deze combinaties van kenmerken is bij vrouwen groter dan bij mannen. Het aantal zelfdodingen onder vrouwen die een uitkering ontvangen en in een institutioneel huishouden verbleven (N=82) is ruim 16 keer groter dan onder vrouwen zonder deze kenmerken.

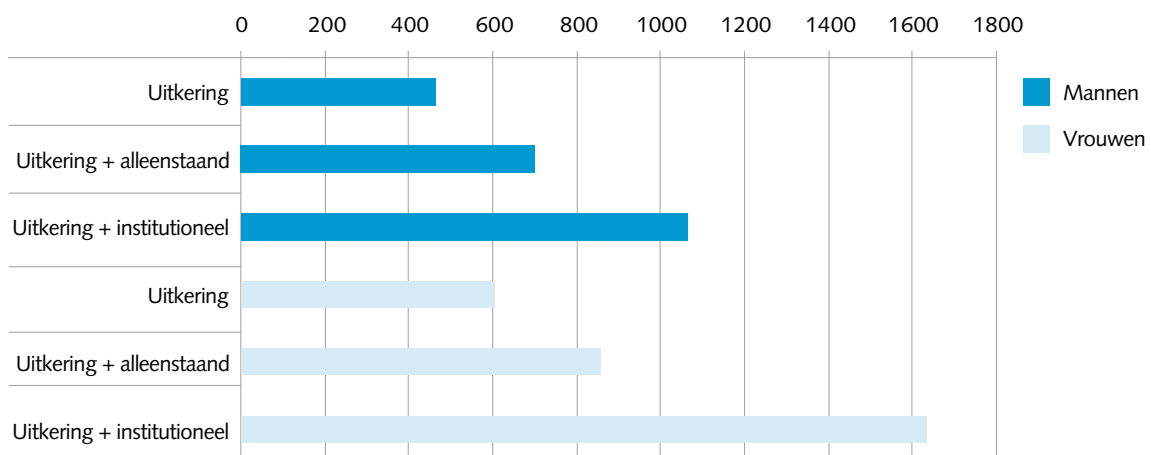
Zelfdoding Haagse versus landelijke cijfers

In 2002 tot en met 2011 hebben 477 personen uit Den Haag zelfdoding gepleegd (316 mannen en 161 vrouwen). Haagse zelfdodingcijfers van gemiddeld 16,4 per 100.000 mannen per jaar en 7,9 per 100.000 vrouwen per jaar liggen iets hoger dan de landelijke cijfers (15,7 per 100.000 mannen en 6,9 per 100.000 vrouwen per jaar).

Tabel 2 toont voor alle persoonskenmerken die zijn meegenomen in dit onderzoek hoeveel meer of minder zelfdoding voorkomt in Den Haag in vergelijking met de landelijke cijfers (Odds Ratio; OR). Vergeleken met de landelijke cijfers komt zelfdoding relatief iets meer voor bij Haagse vrouwen (OR=1,2). Ook bij Haagse inwoners van 35-44 jaar komt zelfdoding relatief iets meer voor (OR=1,2).

Figuur 2.

Indirect gestandaardiseerde zelfdodingsterfte (Standardized Mortality Ratio; SMR) bij combinaties van persoonskenmerken, Nederland 2002-2011.



Zelfdodingsterfte bij 85-plussers uit Den Haag is 1,6 keer zo hoog als landelijk.

Tabel 2 laat zien dat bij autochtonen die woonachtig zijn in Den Haag zelfdoding relatief meer voorkomt dan bij autochtonen woonachtig in heel Nederland (OR=1,3). Marokkanen en Turken woonachtig in Den Haag plegen relatief minder vaak zelfdoding dan landelijk (OR=0,6).

Vergeleken met landelijke cijfers, komt zelfdoding relatief meer voor onder Haagse verweduwdens (OR=1,3), mensen wonend in institutionele huishoudens in Den Haag (OR=1,6) en Hagenaars met een huishoudinkomen tussen 20.000 en 40.000 Euro (OR=1,2). Tabel 2 laat ook zien dat in Den Haag gescheiden mensen (OR=0,7), alleenstaanden (OR=0,8), mensen in een stel zonder kinderen (0,9) en mensen met een uitkering (0,9) iets minder vaak zelfdoding plegen dan landelijk het geval is.

Samenvatting en discussie

Zelfdoding is een betrekkelijk zeldzame gebeurtenis. Na 'ongevallen rondom het huis' is zelfdoding wel de tweede niet-natuurlijke doodsoorzaak, vóór verkeersongevallen, moord en doodslag en andere ongevallen. Zelfdoding is een gebeurtenis met een enorme impact op de nabestaanden en de maatschappij. In tien jaar tijd overleden 15.178 inwoners van Nederland door zelfdoding, wat neerkomt op 4 mensen per dag.

Tabel 2.

Aantal zelfdodingen gedurende 2002-2011 onder ingezetenen van Den Haag per persoonskenmerk en vergelijking van Den Haag ten opzichte van Nederland (Odds Ratio; OR).

		Absoluut aantal zelfdodingen Den Haag	Vergelijking Den Haag t.o.v. Landelijk Odds Ratio (seOR)
Totaal aantal zelfdodingen in 10 jaar: 477			
Geslacht	Man	316	1,05 (0,06)
	Vrouw	161	1,15 (0,08)*
Leeftijd	15-24	31	1,02 (0,18)
	25-34	64	0,94 (0,13)
	35-44	108	1,18 (0,10)*
	45-54	109	1,09 (0,10)
	55-64	73	1,09 (0,12)
	65-74	34	1,00 (0,17)
	75-84	32	1,18 (0,18)
	85+	26	1,57 (0,20)*
Land van herkomst	Autochtoon	326	1,27 (0,06)*
	Marokko/Turkije	12	0,58 (0,30)*
	Suriname	53	1,07 (0,15)
	Duitsland	15	1,21 (0,26)
	Westers overig	46	1,02 (0,15)
	Niet-Westers overig	25	0,78 (0,21)*
Burgerlijke Staat	Ongehuwd	231	1,07 (0,07)
	Gehuwd/Partnerschap	105	0,94 (0,10)
	Gescheiden	93	0,74 (0,11)*
	Verweduwd	48	1,27 (0,15)*
Samenlevingsvorm	Thuiswonend kind	24	0,96 (0,21)
	Alleenstaand	233	0,84 (0,07)*
	Stel met kinderen	48	0,91 (0,15)
	Stel zonder kinderen	63	0,86 (0,13)*
	Eenouderhuishouden	24	1,11 (0,21)
	Institutioneel	26	1,56 (0,20)*
	Overig huishouden	11	1,19 (0,31)
	Uitkering	Geen uitkering	277
	Uitkering	200	0,91 (0,07)*
Huishoudinkomen	Lager dan 10.000	40	0,85 (0,16)
	10.000 tot 20.000	185	1,04 (0,07)
	20.000 tot 30.000	92	1,20 (0,11)*
	30.000 tot 40.000	32	1,25 (0,18)*
	40.000 tot 50.000	10	1,12 (0,32)
	Meer dan 50.000	7	0,80 (0,38)

*Significant verhoogd of verlaagd ten opzichte van Nederland ($p < 0,05$).

De voor leeftijd gecorrigeerde zelfdodingcijfers (SMR-berekening) tonen aan dat zelfdoding significant meer dan twee keer zo veel voorkomt bij:

- mannen (2,3 keer meer dan bij vrouwen);
- ongehuwde mannen en vrouwen (respectievelijk 2,6 en 3,2 meer dan bij gehuwde mannen en vrouwen);
- gescheiden mannen en vrouwen (respectievelijk 4,1 en 3,7 keer meer dan bij gehuwde mannen en vrouwen);
- verweduwd mannen (3 keer meer dan bij gehuwde mannen);
- alleenstaande mannen en vrouwen (respectievelijk 4 en 3 keer meer dan bij partners in een stel met kinderen);
- mannen en vrouwen wonend in institutionele huishoudens (respectievelijk 4,3 en 2,6 keer meer dan bij partners in een stel met kinderen);
- bij mannen en vrouwen die één (of meer) uitkering(en) ontvangen (respectievelijk 4,6 en 6,1 keer meer dan bij mannen en vrouwen zonder uitkering).

Het meest opvallend is de sterk verhoogde zelfdodingsterfte bij mensen met een uitkering. Dit verhoogde vóórkomen van zelfdoding geldt voor ontvangers van een werkloosheidsuitkering, maar nog meer voor ontvangers van een arbeids- ongeschiktheids- of bijstandsuitkering, waar zelfdoding ruim 5 tot bijna 8 keer meer voorkomt dan bij mensen die geen uitkering ontvangen.

De kenmerken van Haagse inwoners die zijn overleden door zelfdoding volgen min of meer de landelijke verdeling. Mensen wonend in institutionele huishoudens in Den Haag en ouderen van 85-plus uit Den Haag plegen relatief veel zelfdoding: beide ruim anderhalf keer meer dan landelijk. Ook in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht is de 85-plusgroep die zich suïcideert relatief groot (4). Mogelijk komt dit door een minder sterk sociaal netwerk onder ouderen in de grote stad. In absolute aantallen zijn dit overigens geen grote groepen.

Dé (individuele) oorzaak van zelfdoding kan niet worden aangetoond. Op individueel niveau is één enkele beïnvloedende factor voor zelfdoding ook onwaarschijnlijk. Een complexe wisselwerking tussen de genetische eigenschappen van een individu,

culturele invloeden en negatieve levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld misbruik, pesten, werkloosheid, verlies-ervaringen, langdurige ongezondheid) bepalen het individuele zelfdodingrisico. Wel draagt dit onderzoek bij aan belangrijke kennis over bij welke kenmerken zelfdoding in Nederland meer of minder voorkomt. Het in dit onderzoek aangetoonde hoge aandeel van mensen met een uitkering in de groep die zelfdoding pleegt, geeft aan dat het niet deelnemen aan de arbeidsmarkt een belangrijke bijdragende factor is. De richting van de bijdrage kan van persoon tot persoon verschillen. Bij de een kan het zijn dat hij of zij niet kan deelnemen aan de arbeidsmarkt vanwege de suïcidale gevoelens en daarmee samenhangende problematiek. Bij een ander kunnen suïcidale gevoelens ontstaan doordat hij of zij niet participeert op de arbeidsmarkt. Ook is werkloosheid geassocieerd met een toename in ongezonde gedragingen, zoals alcoholgebruik (5), die effect hebben op de geestelijke gezondheid met een verhoogde kans op psychische stoornissen en suïcide (6,7,8). De richting van de causaliteit is met dit onderzoek niet vast te stellen, maar voor signalering is dat ook niet noodzakelijk. Het hoge vóórkomen van zelfdoding onder uitkering-ontvangers maakt dat uitkeringverstrekkers relatief veel mensen zien met suïcidale gedachten. Naast de belangrijke aandacht voor preventiemaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg, kunnen uitkeringverstrekkers mogelijk een belangrijke rol vervullen in het signaleren en verwijzen van mensen met suïcidale gedachten.

‘Uitkeringverstrekkers kunnen mogelijk een belangrijke rol vervullen in het signaleren en verwijzen van mensen met suïcidale gedachten’

De volledige rapportage van dit onderzoek kan worden opgevraagd bij Renske Gilissen, e-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

Dankwoord

Het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door ‘Klein maar Fijn’ financiering van G4-USER, de Academische Werkplaats OGGZ van de G4. G4-USER is een samenwerkingsverband van de GGD'en van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en GG&GD Utrecht en de universiteiten VUMC/ InGeest, LUMC, ErasmusMC en UMC St. Radboud. www.g4-user.nl.

Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. [Online]. (bezocht op 25 jun 2013); Beschikbaar op URL: <http://statline.cbs.nl>.
2. Burger I. Resultaten registratie suïcidaal gedrag. *Epidemiologisch Bulletin* 2013, 48: 18-24.
3. Gilissen R, Burger I. Suïcide in de vier grote steden 1969-2011: omvang en trends. *Epidemiologisch Bulletin* 2013, 48: 29-35.
4. Gilissen R. Kenmerken van personen overleden door zelfdoding: vergelijking G4 met de rest van Nederland. 2013.
5. Khan S, Murray RP, Barnes GE. A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addictive Behaviors* 2002, 27: 405-423.
6. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 2013, 381: 1323 - 1331.
7. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coatts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 2011, 278: 124-125.
8. Mental Health Foundation. [Online]. Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health. (bezocht op 16 sep 2013); Beschikbaar op URL: http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/cheers_report.pdf?view=Standard.

Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod

Ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland en Oostland

Paul Uitewaal

Dit artikel is gebaseerd op het rapport *Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod* geschreven door Paul Uitewaal, Irene van der Meer, Birgitte Wammes en Maartje Keetman (1) in opdracht van de Stuurgroep Huiselijk Geweld Haaglanden.

Hoe beleven en waarderen zowel achterblijvers als uithuisgeplaatsten het tijdelijk huisverbod? De Wet Tijdelijk Huisverbod is sinds 1 januari 2009 van kracht en alle partijen in de regio Den Haag die bij de uitvoering ervan betrokken zijn, hadden behoefte aan meer inzicht in deze vraag. Reden voor de Stuurgroep Huiselijk Geweld Haaglanden om opdracht te geven tot onderzoek. Naast de ervaring met de uithuisplaatsing is ook gekeken naar de ervaringen met de hulpverlening en de uiteindelijke invloed van het huisverbod op het gedrag van achterblijvers en uithuisgeplaatsten. Duidelijk is dat het tijdelijk huisverbod een ingrijpende maatregel is die binnen het gezinsverband echt iets teweegbrengt. Het huisverbod wordt in het algemeen nauwgezet en goed wordt uitgevoerd. Dat neemt echter niet weg dat er nog ruimte is voor verbetering.

Inleiding

Per 1 januari 2009 is de Wet Tijdelijk Huisverbod van kracht. Met deze wet heeft de burgemeester een instrument in handen om escalatie van huiselijk geweld te kunnen voorkomen. Het tijdelijk huisverbod houdt in dat in een situatie waarbij een persoon die een ernstig en onmiddellijk gevaar oplevert voor de veiligheid van personen met wie deze persoon een huishouden deelt, een tijdelijk huisverbod kan worden opgelegd. Zo iemand mag gedurende een periode van 10 dagen de woning niet betreden en ook geen contact hebben met de achtergebleven huisgenoten. Het huisverbod kan tot maximaal 28 dagen worden verlengd. In de 10 dagen dat het huisverbod van kracht is, wordt een hulpverleningstraject opgestart voor zowel de uithuisgeplaatste als de partner en/of de kinderen. Het verlenen van hulp noemt de wetgever cruciaal voor het bereiken van het doel, namelijk het wegnemen van de voortdurende spanningen en de mogelijk daaraan ten grondslag liggende geweldsspiraal. Landelijk werden in 2009 2150 huisverboden opgelegd. De daaropvolgende jaren groeide dit aantal tot 3529 in 2012 (2). In Den Haag werden in 2011 304 huisverboden opgelegd, ongeveer 10% van het totale aantal in Nederland opgelegde huisverboden.

Over de auteur:

Dr. P.J.M. Uitewaal is senior wetenschappelijk medewerker Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering (EG), Dienst OCW, Gemeente Den Haag. E-mail: paul.uitewaal@denhaag.nl.



Onderzoek in Den Haag

Om de Wet Tijdelijk Huisverbod te kunnen uitvoeren zijn er binnen de regio Den Haag uitvoeringsafspraken gemaakt met hulpverlenende instanties, de politie, het Steunpunt Huiselijk Geweld en de gemeenten Den Haag en Delft. Uit een beknopte evaluatie van het tijdelijk huisverbod in 2009 bleek dat de betrokken partners behoefte hadden aan meer inzicht in de ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten bij het opleggen van een tijdelijk huisverbod. Deze wens heeft geleid tot dit onderzoek. Alle onderzoeksvragen hebben betrekking op de beleving en waardering van de achterblijvers en uithuisgeplaatsten van het tijdelijk huisverbod. Ten eerste wordt de vraag beantwoord hoe de oplegging van het tijdelijk huisverbod werd beleefd en gewaardeerd, ten tweede de vraag hoe het opgestarte hulpverleningstraject werd beleefd en gewaardeerd en ten slotte hebben we gevraagd wat naar de mening van de uithuisgeplaatsten en de achterblijvers de invloed is geweest van het tijdelijk huisverbod op hun eigen gedrag en het gedrag van hun huisgenoot met betrekking tot relatieconflicten na het tijdelijk huisverbod.

Om dit te onderzoeken zijn zowel uithuisgeplaatsten als betrokken meerderjarige achterblijver(s) twee maal geïnterviewd: direct na afloop van het tijdelijk huisverbod en een tweede keer na zes maanden. Gedurende de periode juni 2011 tot en met januari 2012 zijn achterblijvers en uithuisgeplaatsten uit de regio Den Haag en de DWO-regio benaderd met de vraag om mee te werken aan het onderzoek. Het streven was om zowel de achterblijver als de uithuisgeplaatste uit een en hetzelfde gezin bij het onderzoek te betrekken, maar als een van beiden deelname aan het onderzoek weigerde, werd deze situatie wel opgenomen in het onderzoek. De werving van respondenten werd in eerste instantie door de hulpverleners gedaan, maar omdat dit erg traag verliep is vanaf september 2011 gebruik gemaakt van een werfster die hiervoor tijdelijk door het Steunpunt Huiselijk Geweld is aangesteld.

Voor het afnemen van de interviews is een leidraad ontwikkeld op basis van de onderzoeksvragen en een vooronderzoek. Hierbij werd gebruik gemaakt van eerdere soortgelijke onderzoeken van het Verwey Jonker Instituut, de GGD Amsterdam en Regioplan. Naast gesloten vragen over sociaal demografische kenmerken bestond het belangrijkste deel van het interview uit open vragen aan de hand van een vooropgestelde topiclijst. Gevraagd is naar de relatie,

Amsterdam en Groningen

Over de ervaringen met het tijdelijk huisverbod is inmiddels een aantal onderzoeksrapporten gepubliceerd waaronder twee grotere studies: een studie door de GGD Amsterdam over het tijdelijk huisverbod in Amsterdam en een onderzoek naar de effectiviteit van huisverboden in de provincie Groningen door de RUG (Rijksuniversiteit Groningen). Sterke punten van het tijdelijk huisverbod die door professionals, uithuisgeplaatsten en achterblijvers in het Amsterdamse onderzoek naar voren werden gebracht, waren: de time-out, de snelheid van de hulpverlening, de aandacht voor zowel uithuisgeplaatsten als achterblijvers, het uitzetten van een gedegen hulpverleningsplan en zicht op instanties waar hulp gezocht en gevonden kan worden na afloop van het tijdelijk huisverbod. Er werd geklaagd over de volgende zaken: een onnodig hard optreden van de politie, fouten in de procedure, onvolledige informatie over mogelijkheden voor opvang van de uithuisgeplaatste, hulp die onvoldoende gericht was op de achterliggende problemen en discontinuïteit in de hulpverlening vanwege de wisseling van hulpverleners (3). Het Gronings onderzoek concludeert: 'Het huisverbod lijkt een effectieve (aanvullende) interventie om het geweld te stoppen. Een jaar na de oplegging van een huisverbod (de respondenten werden gemiddeld een jaar na het tijdelijk huisverbod geïnterviewd) is minder sprake van herhaald geweld en betrokkenen hebben sneller en vaker contact met de hulpverlening en zijn daar ook meer tevreden over' (4).

de geschiedenis van het geweld, factoren die het geweld uitlokten of beïnvloedden en het feitelijk gepleegde geweld. Ook werd ingegaan op de stand van zaken op het moment van het interview. In het tweede interview werd teruggeblikt op het tijdelijk huisverbod en hoe dit achteraf is ervaren. Er zijn vragen gesteld over het effect van het tijdelijk huisverbod op de onderlinge relatie en onderlinge conflicten en er is uitgebreid ingegaan op de aard van de ontvangen hulp en de tevredenheid hierover. De interviews zijn voor een groot deel afgenomen door de onderzoekster. Voor respondenten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten is gebruik gemaakt van het onderzoeksbureau ERC Research.

Alle interviews werden woordelijk uitgetypt. Een uitgebreid verslag van dit onderzoek is beschreven in het rapport: Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod. Ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland (1).

Resultaten

Na een aanvankelijk wat moeizame werving vonden we 49 respondenten (27 achterblijvers en 22 uithuisgeplaatsten) uit 35 geweldsituaties bereid om deel te nemen aan het onderzoek. De hulpverleners en werfster hadden niet aan alle weigeraars gevraagd naar de reden om niet deel te nemen aan het onderzoek. Ook was niet consequent bijgehouden hoeveel mensen deelname weigerden. Redenen om niet mee te willen doen die werden genoemd waren: geen tijd, teveel aan het hoofd hebben, taalproblemen, eerdere deelname aan een onderzoek en verblijf in een gesloten inrichting. Twintig van de 27 achterblijvers en 16 van de 22 uithuisgeplaatsten konden bereikt worden voor een tweede interview na zes maanden.

Kenmerken van de onderzoeksgroep

Er werden 27 vrouwen (26 achterblijvers en 1 uithuisgeplaatste) en 22 mannen (1 achterblijver en 21 uithuisgeplaatsten) geïnterviewd. In vier van de 35 onderzochte situaties werd de vrouw uit huis geplaatst: een keer in een situatie van partnergeweld en drie maal een situatie van kind-oudergeweld, waarbij telkens een meerderjarige dochter uit huis werd geplaatst. De leeftijd van de respondenten varieerde van 18 tot 73 jaar (gemiddelde leeftijd 41 jaar). In 32 van de 35 situaties waren inwonende kinderen aanwezig en in 28 situaties waren er kinderen jonger dan 18 jaar betrokken. Bijna de helft van de respondenten had een niet-Nederlandse achtergrond en op één na zijn dit allemaal personen die in het buitenland zijn geboren (16 verschillende landen). In 29 van de 35 geweldsituaties ging het om partnergeweld en in zes situaties om geweld van kinderen tegen hun ouders (4 keer) of ouders (vaders) tegen hun kinderen (2 keer).

De geweldsituatie

In ruim de helft van de situaties vertelde de respondent dat de ruzies zoals die vóór het tijdelijk huisverbod plaatsvonden, gepaard gingen met fysiek geweld. Dit kon eenzijdig en soms ernstig geweld zijn, maar vaak bleek het om wederzijds geweld te gaan. Naast fysiek geweld kon het ook gaan om kapotmaken

van of gooien met spullen. Volgens een aantal respondenten was er soms alleen sprake van verbaal geweld. Hierbij is het denkbaar dat sommige geïnterviewde uithuisgeplaatsten de ernst van het geweld en hun eigen rol hierin bagatelliseerden, maar in gevallen waarin ook de achterblijver werd geïnterviewd, werd dit verhaal veelal bevestigd. In de meeste gevallen gaat het om situationeel partnergeweld. Situationeel partnergeweld doet zich onder bepaalde omstandigheden voor en heeft niet tot doel om controle of macht over de ander uit te oefenen. Het kan daarbij gaan om incidenteel geweld, maar ook om langdurig, frequent voorkomend geweld. Factoren als stress, alcoholgebruik, een tekort aan agressieregulering of communicatievaardigheden spelen hierbij vaak een rol. Tegenover situationeel geweld staat intieme terreur (5). Hieronder wordt een sterk controlerende vorm van partnergeweld verstaan, waarbij (vaak de man) via dreigen met geweld, intimidatie, het voortdurend in de gaten houden en het beperken van de mogelijkheden van het slachtoffer hieraan te ontsnappen, probeert zijn machtspositie te houden. Opvallend was dat in de situaties waarbij op basis van de interviews kon worden gedacht aan intieme terreur, de verhalen over het geweld van uithuisgeplaatsten en achterblijvers het meest uiteen liepen.

De in dit onderzoek meest genoemde omstandigheid waaronder geweld plaatsvond was alcoholgebruik. Alcohol leek daarbij vaak een katalysator van het gebruik van geweld. De tweede veelgenoemde reden was financiële zorgen. Dit hing vaak samen met verandering van baan of werkloosheid met als gevolg minder inkomsten. Ook werden psychische problemen van een van beide partners genoemd en ten slotte problemen met de schoonfamilie. Dit laatste werd wat vaker genoemd door respondenten met een niet-Nederlandse achtergrond.

Ervaringen van betrokkenen met het opleggen van het tijdelijk huisverbod

Ingaan van het verbod, contact met de politie

Het eerste contact met de politie was meestal het politiebezoek aan huis tijdens of na het conflict. Sommige uithuisgeplaatsten beschreven dit politieoptreden als rustig. Het werd als positief ervaren wanneer men niet werd geboeid en sommigen merkten op dat, ondanks dat zijzelf opstandig reageerden, de politie rustig optrad en hun het gevoel gaf te luisteren naar hun verhaal. Andere uithuisgeplaatsten voelden zich juist overrompeld door het politieoptreden dat werd beschreven als een

overmacht. Deze uithuisgeplaatsten zeiden dat ze gefouilleerd en geboeid waren en vonden dat ze als crimineel werden behandeld. Een kwart van de uithuisgeplaatsten had het gevoel niet door de politie gehoord te worden en dat er teveel naar het verhaal van de achterblijvende partner geluisterd werd en te weinig naar hun eigen versie. Een aantal had de indruk dat dit te maken had met het feit dat zij man waren en daarom direct als dader gezien werden. Verschillende uithuisgeplaatsten benadrukten dat er altijd twee kanten aan een geweldsincident zitten waarbij beide partijen schuld hebben. Overigens waren er wel mannen die er begrip voor hadden dat, wanneer een van beide partners uit huis geplaatst moet worden, dit het beste de man kan zijn, zeker omwille van de kinderen.

‘Sommigen merkten op dat, ondanks dat zijzelf opstandig reageerden, de politie rustig optrad en hen het gevoel gaf te luisteren naar hun verhaal’

Een deel van de achterblijvers zei toch wel overrompeld te zijn door het politieoptreden en het opgelegde tijdelijk huisverbod. Het opleggen van het huisverbod kan als erg snel worden ervaren en de betekenis dringt niet altijd in zijn geheel tot de achterblijver door. Veel achterblijvers ervoeren het huisverbod als prettig. Ze waren opgelucht en blij (tijdelijk) verlost te zijn van de angst die ze voelden voor de uithuisgeplaatste. Ook konden gevoelens van genoegdoening spelen: ‘Nou heb ik hem eens een keer te pakken’.

Op één na zijn alle uithuisgeplaatsten op het politiebureau gehoord, waar het merendeel een nacht, maar korter dan 24 uur op het bureau werd vastgehouden. In Delft blijkt er geen opvangmogelijkheid te zijn voor de uithuisgeplaatste, zodat verhoor en overnachting op verschillende locaties plaatsvond, waarbij de uithuisgeplaatste heen en weer gebracht werd. Dit werd door de uithuisgeplaatsten als belastend ervaren. Een enkeling ervoer het verblijf in de politiecel als positief omdat deze time-out hem de kans gaf na te denken, maar de meesten hadden het verblijf in de cel als zwaar ervaren. Sommigen gaven aan gek of angstig te worden van de kleine ruimte en te veel te gaan ‘malen’ over de situatie waarbij één man zei in paniek te zijn geraakt. Enkele mannen vertelden dat ze een lange tijd zonder eten of drinken in de cel moesten verblijven en twee mannen hadden moeite gehad om tijdig hun medicatie te kunnen

krijgen. Sommige mannen vertelden dat het lastig was geweest het werk of de opleiding op de hoogte te brengen van hun gedwongen afwezigheid.

Het opleggen van het huisverbod gebeurt op het moment dat er sprake is van een crisissituatie. In zo’n situatie is het onwaarschijnlijk dat alle uitleg en informatie ook gehoord of onmiddellijk begrepen wordt. De uithuisgeplaatste wil bovendien ook zijn/haar kant van het verhaal vertellen. Uit de interviews blijkt dat uithuisgeplaatsten zich niet altijd gehoord voelen, sommigen beleven de gang naar het politiebureau alsof ze gezien worden als crimineel. Een rustige aanpak door de politie, goed luisteren en een duidelijke uitleg worden belangrijk gevonden. De uitleg over het huisverbod zal dan ook meerdere keren gegeven moeten worden, zodat iemand precies weet waar hij/zij aan toe is. Het is van belang dat uithuisgeplaatsten door hun uithuisplaatsing niet meer in de problemen komen dan noodzakelijk is en te voorkomen dat zij hierdoor als het ware gedesocialiseerd raken.

‘Het opleggen van het huisverbod gebeurt op het moment dat er sprake is van een crisissituatie. In zo’n situatie is het onwaarschijnlijk dat alle uitleg en informatie ook gehoord of onmiddellijk begrepen wordt’

Aangifte

Bij het opleggen van een huisverbod is het niet noodzakelijk dat er aangifte gedaan wordt. Een huisverbod kan namelijk ook worden opgelegd bij alleen een dreiging van geweld waarbij nog geen strafbaar feit is gepleegd. Huisverbod en aangifte zijn dus twee gescheiden trajecten waarbij er na de aangifte een strafrechtelijk traject opstart.

Toch wordt er in geval van een huisverbod wel vaak aangifte gedaan. In de 35 door ons onderzochte situaties was dit volgens de achterblijvers in 28 keer het geval. Hoewel de meeste uithuisgeplaatsten wel vermoedden dat aangifte tegen hun gedaan was, was een deel hier niet zeker van. Vooral uithuisgeplaatsten die het huisverbod onterecht of zinloos vonden, zeiden niet te weten of er aangifte tegen hen gedaan was. Het is natuurlijk mogelijk dat in de hectiek van het opleggen van het tijdelijk huisverbod de uithuisgeplaatste niet goed heeft kunnen volgen wat er allemaal is gebeurd. Hiermee rekening houdend is het van belang dat de politie herhaaldelijk duidelijke informatie geeft over het huisverbod en een eventuele aangifte.

Verschillende uithuisgeplaatsten hebben de aangifte als een dubbele straf ervaren. Zij hadden al een huisverbod gekregen en voelden zich met de hier bovenop komende strafvervolging dubbel benadeeld. Dit gold zeker voor mannen die van mening waren dat hun partner mede schuldig was aan het huiselijk geweld. Een aantal uithuisgeplaatste mannen vertelde te hebben overwogen zelf een (tegen)aangifte te doen. Geen van hen heeft dit daadwerkelijk gedaan. De redenen voor de uithuisgeplaatste om geen aangifte te doen kwam deels voort uit een houding van 'dat doe je als man nou eenmaal niet'. Ook werd aangevoerd dat het doen van aangifte niet in het belang van het kind was.

Voor een aantal was de ernst van de situatie reden om aangifte te doen. Zij wilden dat het geweld nu zou stoppen. Sommige achterblijvers dachten dat aangifte nodig was om hulp voor hen of de uithuisgeplaatste te kunnen krijgen. Verschillende achterblijvers zeiden met dit argument door onder andere de politie te zijn overgehaald om aangifte te doen. Het is overigens voorstelbaar dat de politie aandringt op het doen van aangifte omdat dat de inzet van hulp des te urgenter maakt. Hulp kan dan immers minder vrijblijvend zijn en kan als voorwaarde gelden om geen straf opgelegd te krijgen. Nadeel van het doen van aangifte kan zijn dat het ouderschap van de uithuisgeplaatste benadrukt wordt en de hulp voor het hele gezinssysteem minder aandacht krijgt dan het verdient.

Uit de interviews ontstaat het beeld dat het zeer gevoelig ligt wanneer een ouder aangifte tegen haar/zijn kind doet. Dit gaat gepaard met tweestrijd waarbij ouders vooral terugschrikken voor de consequenties van de aangifte.

Dat een tijdelijk huisverbod los staat van het doen van aangifte wordt lang niet door iedereen begrepen. Ook hierbij geldt dat een goede uitleg, herhaling van de informatie en nagaan of de informatie goed begrepen is van groot belang zijn.

Onderdak voor uithuisgeplaatste

Een uithuisgeplaatste is zelf verantwoordelijk voor het vinden van onderdak. Wanneer dit echter niet lukt en de uithuisgeplaatste niet de financiële middelen heeft om een hotelkamer te betalen, kan de crisisdienst de uithuisgeplaatste verwijzen naar een opvangplaats bij het Leger des Heils of de Kessler Stichting. Het merendeel van de uithuisgeplaatsten vond onderdak bij familie of vrienden en een enkeling in een hotelkamer of op een plek op de camping. Allen waren

gewezen op de mogelijkheid van een opvangplaats, maar slechts enkelen moesten/wilden hier gebruik van maken. Hierbij bleek één keer dat er geen opvangplaats beschikbaar was.

Het verblijf bij vrienden of familie werd niet altijd als rustig ervaren. In sommige gevallen liep bij dit verblijf de - soms al aanwezige - spanning op. Ook het verblijf in de opvang werd niet altijd als prettig ervaren. Soms voelden uithuisgeplaatsten zich aan hun lot overgelaten, terwijl anderen weer vonden dat ze juist teveel bij de opvang werden betrokken (de verplichting aan groepsgesprekken deel te nemen).

Contactverbod

Vanaf het moment dat de uithuisgeplaatste op het politiebureau hoort dat een tijdelijk huisverbod is opgelegd, is het voor hem verboden het huis nog te betreden, ook niet voor het ophalen van bijvoorbeeld (werk)kleding of medicijnen. Noodzakelijke spullen kunnen door de achterblijver of familie worden afgegeven bij de politie, of door de reclassering, vrienden of familie naar de verblijfplaats van de uithuisgeplaatste worden gebracht. Wanneer de uithuisgeplaatste niemand kent die behulpzaam kan zijn bij het verkrijgen van (extra) spullen, is de uithuisgeplaatste hiervoor aangewezen op hulpverlenende instanties. Bij ongeveer eenderde van de uithuisgeplaatsten verliep de overdracht van spullen volgens de respondent goed. In de overige gevallen deden zich problemen voor. Er waren grofweg twee belangrijke knelpunten: het niet direct kunnen overzien wat je nodig hebt of een conflict met het thuisfront over de mee te nemen spullen. Een aantal uithuisgeplaatsten vond het moeilijk te overzien welke spullen zij de komende tien dagen nodig dachten te hebben. Dit knelde des te meer wanneer het huisverbod verlengd werd. Meerdere uithuisgeplaatsten bleken in de loop van het huisverbod behoefte te hebben aan extra spullen. Vooral uithuisgeplaatsten die via hulpverlenende instanties aan extra spullen moesten komen, ervoeren dit als omslachtig en klaagden over de traagheid waarmee aan zo'n verzoek werd voldaan. Enkele uithuisgeplaatsten besloten de extra spullen zelf te gaan halen, waarmee ze het huisverbod overtraden.

Voorzover dit al niet gebruikt wordt, is het ophalen van spullen wellicht op te lossen met een checklijstje, om systematisch en zo volledig mogelijk na te kunnen gaan welke spullen bij het uithuisplaatsen mee moeten.

Het contactverbod werd in een derde van de gevallen overtreden en gebeurde meestal op initiatief van de uithuisgeplaatste. Het contact bestond in de helft van de gevallen uit bellen of het versturen van een sms, een enkele keer ging de uithuisgeplaatste zonder instemming van de achterblijver thuis langs. Sommige paren ontmoetten elkaar – voorzover wij dit konden nagaan – met wederzijdse instemming. Behoeftes aan contact van de uithuisgeplaatste met de achterblijver(s) en medelijden van de achterblijver met de uithuisgeplaatste worden hiervoor als argumenten aangevoerd. Slechts een enkele achterblijver zei zich onveilig of bedreigd te hebben gevoeld door het contact met de uithuisgeplaatste.

Overtreding van het contactverbod heeft gewoonlijk tot gevolg dat het huisverbod wordt verlengd. In ons onderzoek komen we dat een paar keer tegen. Er lijkt onder de achterblijvers weinig bereidheid te zijn om overtreding van het huisverbod bij politie of hulpverlening te melden. Dit kan voortkomen uit angst voor de uithuisgeplaatste, maar vaker lijkt het ingegeven door een gevoel van medelijden met de uithuisgeplaatste. Dit medelijden kan een gevolg zijn van de zogenaamde honeymoon-fase, de fase waarin de pleger zijn spijt betuigt en zich voorneemt 'het nooit meer te doen', waarop het slachtoffer reageert met gevoelens van hoop. Maar het kan ook zijn dat de achterblijver de mogelijke sanctie na melding te zwaar vindt voor de uithuisgeplaatste, of dat de achterblijver het gevoel heeft dat ze haar partner verraadt wanneer ze zijn overtreding meldt.

Sommige respondenten ervoeren dat het naleven van het contactverbod niet of slecht werd gecontroleerd. Uit de reacties valt op te maken dat er wel behoefte bestaat aan een dergelijke controle van buitenaf (bijvoorbeeld de politie). Deze behoefte lijkt erop te wijzen dat sommige achterblijvers niet opgewassen zijn tegen het dilemma om de overtreding te verzwijgen of juist door te geven.

Het verbod op contact met de kinderen wordt door veel uithuisgeplaatsten als zwaar ervaren of als onterecht beschouwd. Een deel van de respondenten heeft de (sterke) wens om contact mogelijk te maken tussen de uithuisgeplaatste en zijn/haar kinderen.

Hoewel de behoefte aan meer controle op het contactverbod wat tegenstrijdig lijkt, is dit ook wel logisch. Het is niet eenvoudig je partner aan te moeten geven vanwege een in de ogen van de achterblijver mogelijk niet zo'n ernstig feit, terwijl achterblijvers vaak zeggen te weten dat voor de

uithuisgeplaatste er op het verbreken van het contactverbod een flinke sanctie kan volgen. Controle van buitenaf kan de lastige en ongemakkelijke situatie waarin de achterblijver zich hierdoor kan bevinden, vergemakkelijken.

'Er lijkt onder de achterblijvers weinig bereidheid te zijn om overtreding van het huisverbod bij politie of hulpverlening te melden'

Verlenging van tijdelijk huisverbod

Indien hulpverleners beoordelen dat er sprake is van bijvoorbeeld dreiging van nieuw huiselijk geweld of dat de hulpverlening nog onvoldoende gestart is, kan het tijdelijk huisverbod na de periode van 10 dagen met maximaal 18 dagen worden verlengd. In ruim de helft van de onderzochte situaties (20 van de 35) vertelde de respondent dat het huisverbod verlengd was. Meestal betrof dit een volledige verlenging van 18 dagen. Door respondenten genoemde redenen voor verlenging waren: ruzie tijdens het zogenaamde netwerkgesprek (zie ook ervaringen met de hulpverlening), hulpverleners die de situatie nog te onveilig achtten, onvoldoende op gang komen van de hulpverlening of het overtreden van het huisverbod. Soms zou er verlengd zijn omdat de achterblijver meer tijd nodig had. Een deel van de uithuisgeplaatsten kon geen reden noemen waarom het huisverbod was verlengd. Alle uithuisgeplaatsten die een verlenging van het huisverbod hadden gekregen waren negatief over deze verlenging, ook wanneer ze het wel eens waren geweest met hun uithuisplaatsing. Men vond de verlenging onterecht of zinloos.

Het is raadzaam om na te gaan of de huidige wijze van kenbaar maken van de verlenging voor de betrokkenen voldoende helder is. De mogelijkheid van een verlenging en de argumenten voor een verlenging moeten duidelijk worden besproken, niet pas wanneer er besloten is tot een verlenging, maar ook voorafgaande aan deze besluitvorming.

Ervaringen van betrokkenen met de hulpverlening voor en tijdens het tijdelijk huisverbod

In driekwart van de onderzochte situaties had(den) één of meerdere gezinsleden voorafgaande aan het tijdelijk huisverbod al een vorm van hulp ontvangen. In meer dan de helft van deze situaties betrof de hulp problemen in het gezin die samenhangen met het tijdelijk huisverbod. Meerdere keren kwam in de interviews naar voren dat men geprobeerd had hulp te

zoeken, maar dat dit niet of niet tijdig gelukt was. Sommige respondenten hadden het gevoel dat het tijdelijk huisverbod voorkomen had kunnen wanneer er eerder adequate hulp was geweest. Zij waren aangegopen tegen zaken als wachtlijsten, meldingen waarmee niets werd gedaan en bureaucratische rompslomp. Ook onenigheid tussen de partners over de vorm van de hulpverlening kon reden zijn om van verdere hulpverlening af te zien. Soms verliep de geboden hulp niet optimaal omdat de respondenten niet eerlijk durfden te zijn uit angst voor repercussies, bijvoorbeeld in geval van een illegaal verblijf van een van beide partners of uit angst om de kinderen kwijt te raken.

'In driekwart van de onderzochte situaties bad(den) één of meerdere gezinsleden voorafgaande aan het tijdelijk huisverbod al een vorm van hulp ontvangen'

Onderdeel van het tijdelijk huisverbod is het opstarten van hulpverlening tijdens het huisverbod. Hierbij krijgen alle gezinsleden hulp aangeboden. De achterblijvers krijgen meestal hulp van het algemeen maatschappelijk werk, waarbij het eerste contact bij het opleggen van het huisverbod wordt gelegd. Wanneer er minderjarige kinderen in het gezin zijn, maakt jeugdzorg altijd deel uit van de hulpverlening. De hulp van jeugdzorg richt zich op de kinderen en de achterblijvers. Hiernaast krijgen achterblijvers en uithuisgeplaatsten soms relatietherapie aangeboden bij De Waag, een instelling die gespecialiseerde zorg aanbiedt aan onder andere plegers van huiselijk geweld.

De reclassering heeft altijd gesprekken met de uithuisgeplaatste. Vaak verwijzen zij de uithuisgeplaatste voor verdere hulpverlening door naar De Waag en soms (via De Waag) naar de psychiatrie (in het bijzonder naar verslavingszorg) voor verdere begeleiding. In de eerste 10 dagen van het huisverbod vindt er een zogenaamd netwerkgesprek plaats. Dit is een gesprek met achterblijver, uithuisgeplaatste en eventueel kinderen in aanwezigheid van de verschillende hulpverleners: maatschappelijk werk, reclassering en (eventueel) jeugdzorg.

Algemeen maatschappelijk werk voor achterblijvers

De hulpverlening aan achterblijvers wordt voornamelijk gerealiseerd door het algemeen maatschappelijk werk. Over deze hulp was het merendeel van de achterblijvers tevreden. Vooral tijdens het huisverbod bleek de maatschappelijk

werker een steun voor hen. Sommige achterblijvers hadden vooral behoefte aan hulp bij praktische zaken zoals bij het verkrijgen van thuiszorg, bij problemen met de huisvesting en bij financiële zaken. Soms voorzag het maatschappelijk werk in deze behoefte, maar dat gold lang niet voor alle achterblijvers. Hierdoor was een aantal achterblijvers minder tevreden met de geboden hulp. Vooral voor achterblijvers die geen familie hadden om op terug te vallen en/of voor achterblijvers die financieel afhankelijk waren van hun partner en hierdoor extra moeite hadden om los te komen van hun partner bleek hulp van het maatschappelijk werk bij het regelen van praktische zaken erg belangrijk.

Het maatschappelijk werk maakt deel uit van het crisisteam en is vanaf de start van het huisverbod bij een situatie betrokken. In de regio Den Haag is het gebruikelijk dat de maatschappelijk werk(st)er uit het crisisteam alleen gedurende het tijdelijk huisverbod de cliënt begeleidt. In de DWO-regio blijft de maatschappelijk werkster de cliënt ook na het tijdelijk huisverbod begeleiden. In Den Haag wordt de cliënt dus na het huisverbod overgedragen aan een andere maatschappelijk werk(st)er. Deze overdracht blijkt een kwetsbaar punt te zijn. Achterblijvers breken de hulpverlening soms af omdat ze niet weer hun verhaal willen vertellen of het gevoel hebben dat de nieuwe maatschappelijk werkster de situatie onvoldoende begrijpt. Soms spelen de te hoge verwachtingen van de achterblijver hierbij een rol. Dit betreft dan vooral verwachtingen over hulp bij het zoeken naar nieuwe huisvesting en het oplossen van financiële problemen. Een enkele keer werd ontevredenheid over de maatschappelijk werker zelf als reden genoemd om de hulp te beëindigen.

Vroeg duidelijk maken wat al dan niet aan hulp mogelijk is en continuïteit van de hulpverlening, kunnen de hulp door het AMW versterken. Indien dit niet mogelijk is, wordt een warme overdracht aanbevolen.

Jeugdzorg

In eenderde van de situaties was er voor het tijdelijk huisverbod al contact geweest met Bureau Jeugdzorg. In sommige van deze gevallen zou Bureau Jeugdzorg de ouders geadviseerd hebben om hulp te zoeken voor hun relatieproblemen. Een aantal geïnterviewden (zowel uithuisgeplaatsten als achterblijvers) zei dat Bureau Jeugdzorg voorwaarden stelde aan het verlenen van hulp, zoals het beëindigen van de relatie.

Als aan die voorwaarde niet werd voldaan dreigde Jeugdzorg – aldus sommige respondenten – met ‘het uithuisplaatsen van de kinderen’. Enkele achterblijvers, en soms ook een uithuisgeplaatste, maakten gewag van angst voor uithuisplaatsing van hun kinderen. In alle situaties waarin deze angst werd geuit was Bureau Jeugdzorg al vóór het tijdelijk huisverbod bij het gezin betrokken. De dreiging dat de kinderen uit huis geplaatst zouden kunnen worden, bleek het huiselijk geweld niet te hebben gestopt. In sommige gevallen heeft het wel een extra drempel opgeworpen om huiselijk geweld te melden. De aard van de hulp die Bureau Jeugdzorg bood tijdens en na het huisverbod was erg wisselend en varieerde van geen hulp tot intensieve bemoeienis.

Binnen ons onderzoek waren in 28 van de 35 situaties kinderen jonger dan 18 jaar betrokken en in het merendeel (22 gezinnen) kinderen onder de 12 jaar. Dit betekent dat ook Jeugdzorg vanaf het begin betrokken was bij het tijdelijk huisverbod. De aandacht van Jeugdzorg gaat vooral uit naar moeder en kind. Moeders met kinderen onder de 6 jaar krijgen een moeder-kind-cursus aangeboden en kinderen vanaf 6 jaar krijgen individuele hulp. Kinderen met gedragsproblemen werden verwezen voor nader onderzoek. Volgens een aantal moeders duurde het erg lang voordat een dergelijk onderzoek werd opgestart.

‘De dreiging dat de kinderen uit huis geplaatst zouden kunnen worden, bleek het huiselijk geweld niet te hebben gestopt. In sommige gevallen heeft het wel een extra drempel opgeworpen om huiselijk geweld te melden’

De hulp van Jeugdzorg tijdens het huisverbod werd door de meeste achterblijvers als positief ervaren. Vooral het regelmatige contact en het gevoel iemand te kunnen bellen vonden zij belangrijk en erg positief. De hulp van Jeugdzorg kwam in het algemeen goed op gang en werd door achterblijvers die al eerder ervaringen hadden gehad met Jeugdzorg als dwingender ervaren. In het merendeel van de gevallen werd de hulp van Jeugdzorg binnen zes maanden beëindigd. Volgens sommige achterblijvers werd deze hulp naar hun gevoel te abrupt na het huisverbod gestopt. In de helft van de gevallen was men na het stoppen van de hulp tevreden over de hulp en was er ook geen behoefte meer aan verdere hulp. Soms

verwaterde de hulp of werd geen gebruik gemaakt van de aangeboden hulp. In een enkele situatie waarbij kinderen volgens het interview getuigen waren geweest van zeer heftig fysiek geweld leek het achterwege blijven van verdere hulp niet terecht.

Het contactverbod dat de uithuisgeplaatste krijgt opgelegd betreft ook de achterblijvende kinderen. Dit contactverbod viel sommigen erg zwaar. Hierbij speelde het gemis van het kind, maar ook de bezorgdheid over het lot van de kinderen een rol. Terwijl de achterblijvers (vrijwel altijd de moeders) en de kinderen tijdens en na het tijdelijk huisverbod worden begeleid door Jeugdzorg, heeft de uithuisgeplaatste nauwelijks contact met Jeugdzorg. Als Jeugdzorg gedurende het tijdelijk huisverbod wel contact met de uithuisgeplaatste heeft, is dit contact vooral bedoeld voor een goede inventarisatie van de situatie door Jeugdzorg. Uithuisgeplaatsten oordeelden dan ook negatiever over de hulp van Jeugdzorg dan de achterblijvers. Hoofdrede daarvoor is dat uithuisgeplaatsten nauwelijks betrokken werden bij de hulp voor de kinderen. Zij ervoeren het als een grote straf hun kinderen niet te kunnen zien en niet op de hoogte te worden gehouden van wat er met hun kinderen gebeurt en hoe het hun vergaat. Dat uithuisgeplaatsten helemaal niet door Jeugdzorg worden begeleid is niet alleen opvallend maar naar onze mening ook onwenselijk.

Het is aannemelijk dat de relatie tussen de uithuisgeplaatste en zijn kinderen als gevolg van de uithuisplaatsing verder verstoord raakt. Het is van groot belang dat juist deze relatie verbeterd wordt. De uithuisgeplaatste moet weten welk effect ruzies en huiselijk geweld op kinderen hebben. Het is van belang dat de uithuisgeplaatste op een goede en niet bedreigende manier met zijn kind leert omgaan. Jeugdzorg zou de uithuisgeplaatste hierbij moeten begeleiden.

‘Uithuisgeplaatsten oordeelden negatiever over de hulp van Jeugdzorg dan de achterblijvers. Hoofdrede daarvoor is dat uithuisgeplaatsten nauwelijks betrokken werden bij de hulp voor de kinderen’

Reclassering voor uithuisgeplaatste

Alle uithuisgeplaatsten hadden tijdens het tijdelijk huisverbod contact met de Reclassering. Deze contacten werden door het merendeel van de uithuisgeplaatsten als positief beoordeeld en door eenderde zelfs als zeer goed. Men waardeerde vooral het prettige en regelmatige contact en het gevoel dat er geluisterd werd. Uithuisgeplaatsten die ontevreden waren noemden als reden juist een slecht contact, het gevoel dat er niet goed geluisterd werd en het niet nakomen van afspraken. Vaak vonden deze uithuisgeplaatsten dat het huisverbod hun ten onrechte was opgelegd en dat er meer geloof werd gehecht aan het verhaal van de achterblijver dan aan hun kant van het verhaal.

Voor het merendeel van de uithuisgeplaatsten werd door de reclassering een afspraak bij De Waag gepland. De meeste uithuisgeplaatsten die therapie bij De Waag hadden gevolgd, waren hier tevreden over. Vooral uithuisgeplaatsten die na het huisverbod de relatie met hun partner voortzetten, kregen therapie bij De Waag. Zij waardeerden dit positief. Relatief veel gescheiden uithuisgeplaatsten kwamen nooit in contact met De Waag. Degenen die wel een intake kregen, werd hierna geen therapie aangeboden, of waardeerden de aangeboden hulp niet. In de gevallen dat geen therapie werd aangeboden, was onduidelijk of De Waag dit verzuimd had, of dat deze hulp niet geboden werd omdat De Waag na de intake heeft ingeschat dat de uithuisgeplaatste onvoldoende gemotiveerd was voor deze hulp. Uiteindelijk was er maar één van de 17 gescheiden uithuisgeplaatsten die veel waardering had voor de hulp van De Waag en zei hier veel aan te hebben gehad.

In ons onderzoek komt maar een enkele keer voor dat de agressie gericht was tegen de kinderen. Sommige uithuisgeplaatsten vertelden dat zij juist probeerden de kinderen te beschermen tegen de ruzies. Andere uithuisgeplaatsten bleken echter maar weinig of geen besef te hebben van wat de ruzies thuis voor hun kind betekende. Ze zagen hierin zeker geen aanleiding om hulp te zoeken.

Het netwerkgesprek

Het streven is om binnen de 10 dagen van het huisverbod een netwerkgesprek te houden. Doel van dit gesprek is een veiligheidsplan te maken, gericht op het verkrijgen van een veilige situatie na beëindiging van het huisverbod. Reclassering, maatschappelijk werk en Jeugdzorg (indien er minderjarige kinderen

betrokken zijn) zijn vrijwel altijd aanwezig. Het netwerkgesprek is na het opleggen van het tijdelijk huisverbod de eerste keer dat achterblijvers en uithuisgeplaatste elkaar weer ontmoeten. In vrijwel alle gevallen heeft een netwerkgesprek plaatsgevonden. Naast achterblijver en uithuisgeplaatste waren soms de kinderen aanwezig en een enkele keer een familielid.

De netwerkgesprekken verliepen niet altijd succesvol wat betreft duidelijke afspraken en een helder veiligheidsplan. Achterblijvers en uithuisgeplaatsten waren ook niet altijd tevreden over de netwerkgesprekken. Uit de interviews blijkt dat achterblijvers en uithuisgeplaatsten vaak niet goed voorbereid waren op het gesprek. Men was wisselend tevreden over de inbreng van de hulpverlening. Sommige uithuisgeplaatsten hadden deze inbreng als nogal intimiderend ervaren (ik tegen de rest). Ook hadden sommige geïnterviewden grote behoefte om alleen met hun partner dingen uit te praten. Zij vonden de aanwezigheid van de hulpverleners storend. Het netwerkgesprek dient ook om te bepalen of er een verlenging van het huisverbod nodig is. Een aantal uithuisgeplaatsten had daardoor erg het gevoel zich te moeten bewijzen. Ook sommige achterblijvers hadden het idee gedwongen bij dit gesprek aanwezig te moeten zijn. Eigenlijk wilden/durften zij de confrontatie met de uithuisgeplaatste niet aan en hadden weinig vertrouwen in een goede afloop van dit gesprek. Het gesprek ging in een aantal gevallen gepaard met veel emoties. Dit stond het maken van afspraken in de weg of leidde ertoe dat men zich later weinig kon herinneren van de gemaakte afspraken. De respondenten is gevraagd of er tijdens het netwerkgesprek afspraken gemaakt zijn die het huiselijk geweld in de toekomst zouden kunnen voorkomen. In de meeste gevallen was dit wel gebeurd. De meest genoemde afspraken waren: een time out nemen bij ruzie of dreiging van ruzie, verbeteren van de communicatie tussen de partners en meer tijd voor de kinderen nemen. Een ander deel van de afspraken had betrekking op praktische zaken zoals huisvesting, verdeling van de spullen, omgangsregeling met het kind et cetera. Volgens een aantal respondenten leken praktische zaken prioriteit te krijgen boven het bespreken van de relationele problemen die ten grondslag lagen aan het huiselijk geweld. Vooral uithuisgeplaatsten hadden vaak het gevoel dat hen veel afspraken werden opgelegd. Er was volgens hen meer sprake van dwang dan van een samen zoeken naar oplossingen. De opmerkingen van

veel achterblijvers bevestigen dit beeld. Meestal bevatten de afspraken opdrachten aan de uithuisgeplaatste zoals: voor behandeling naar De Waag of Brijder (verslavingszorg), verbieden van het gebruik van alcohol en/of meer tijd met de kinderen doorbrengen. Uit zowel de interviews met de achterblijvers als de uithuisgeplaatsten bleek dat dergelijke afspraken slechts zelden bedoeld waren voor de achterblijver.

Uit de interviews kwam naar voren dat het netwerkgesprek lang niet altijd gestructureerd en naar tevredenheid van de achterblijver en uithuisgeplaatste verloopt. Achterblijvers en uithuisgeplaatsten lijken vaak niet of onvoldoende voorbereid te zijn op het gesprek. Vóór het netwerkgesprek is het de respondenten vaak niet duidelijk welke onderwerpen aan bod gaan komen en met welk doel deze onderwerpen aan bod komen.

De door respondenten genoemde afspraken die de veiligheid thuis zouden moeten bevorderen blijken vrij standaard. Een veel genoemde afspraak is bijvoorbeeld het weglopen wanneer er ruzie is. Zulke afspraken sluiten niet altijd aan bij de wensen van de betrokkenen. Sommigen zeggen niets aan deze afspraken te hebben gehad omdat ze dit toch al deden. Verder bevatten de afspraken een heel aantal keren opdrachten voor de uithuisgeplaatste en betreffen deze niet vaak de achterblijvers. Het blijkt dat achterblijvers na het huisverbod ook vrijwel nooit de noodzaak zien kritisch naar hun eigen gedrag te kijken. Toch is vanuit de literatuur bekend dat het van belang is dat de achterblijver geholpen moet worden haar houding en gedrag te veranderen (6). De achterblijver zou moeten leren zelfstandiger te zijn en effectieve strategieën moeten aanleren om hernieuwd slachtofferschap te voorkomen. Uit de interviews blijkt niet dat dergelijke afspraken op een meer bindende manier met de achterblijvers gemaakt worden.

Slechts een enkele keer waren achterblijvers en uithuisgeplaatsten uitgesproken tevreden over het netwerkgesprek. In die gevallen werd volgens de respondenten het hele gezin ook daadwerkelijk betrokken bij het maken van afspraken. Na afloop van het tijdelijk huisverbod was er geen controle op de gemaakte afspraken en sommige respondenten gaven toe dat de afspraken na verloop van maanden verwateren.

Het is aan te bevelen om het netwerkgesprek nauwkeurig voor te bereiden. Hoe verschillend

situaties soms ook zijn, het is in alle gevallen van belang het doel van het netwerkgesprek in deze specifieke situatie duidelijk te maken en te toetsen of dit begrepen wordt. Hulpverleners (reclassering en maatschappelijk werk) dienen het gezin hierin te ondersteunen. Dit doel moet voor achterblijvers en uithuisgeplaatsten vóór het netwerkgesprek duidelijk zijn.

Bovendien moet het netwerkgesprek goed gestructureerd verlopen. De taken van de voorzitter en de eisen die aan het netwerkgesprek gesteld worden, zijn:

- Afgrenzen, beperken van het aantal en prioriteren van de te bespreken gespreksonderwerpen.
- Afspraken maken over het bewaken en het evalueren van de gemaakte afspraken.
- Vervolgafspraken maken.

Tot slot

Het tijdelijk huisverbod is een ingrijpende maatregel die in het gezinsverband echt iets teweegbrengt. De maatregel wordt door veel achterblijvers als positief ervaren en maakt dat men even loskomt uit de ontstane situatie en gedwongen wordt open te staan voor hulp van buitenaf. Tegelijk is deze bemoeienis van buitenaf een heel hectisch gebeuren dat voor een groot aantal gezinssituaties een breekpunt in de relatie blijkt te zijn.

‘Uit de interviews blijkt dat het netwerkgesprek lang niet altijd gestructureerd en naar tevredenheid van de achterblijver en uithuisgeplaatste verloopt’

De uithuisgeplaatste wordt in het merendeel van de gevallen gezien en behandeld als de pleger van het huiselijk geweld. In geval van partnergeweld is het vrijwel altijd de man die uit huis geplaatst wordt. De uithuisplaatsing houdt niet alleen een contactverbod met de partner in, maar in gezinnen met jonge kinderen, ook met de kinderen. Ten aanzien van de kinderen wordt de uithuisgeplaatste hierdoor ten opzichte van de achterblijver op achterstand gesteld. Wanneer het doel van het tijdelijk huisverbod is een nieuwe en veilige situatie te laten ontstaan is, naast de uithuisplaatsing, hulpverlening onontbeerlijk. Bij deze hulp dient het hele gezin betrokken te worden, waarbij per gezinlid gekeken moet worden welke hulp het beste past. Daarbij is het leren omgaan met gevoelens van frustratie, jaloezie en agressie door de pleger van even groot belang als het kunnen stellen

van grenzen en het ontwikkelen van effectieve strategieën door het slachtoffer om hernieuwd slachtofferschap te voorkomen. Indien het gezin met elkaar verder wil, passen een gezinsaanpak en een vervolging door de hulpverlening over wat langere tijd. Het tijdelijk huisverbod wordt in het algemeen nauwgezet en goed uitgevoerd. Zoals uit dit onderzoek blijkt, neemt dit niet weg dat er nog ruimte is voor verbetering. We hopen hier met ons onderzoek aan te kunnen bijdragen.

'Het tijdelijk huisverbod is een ingrijpende maatregel die in het gezinsverband echt iets teweegbrengt'

De publicatie: Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod. Ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland is te bestellen bij:

Jessica Roos
Lianne van Kampen
T (070) 353 71 05 / (070) 353 72 66
E jessica.roos@denhaag.nl
E lianne.vankampen@denhaag.nl

Referenties

1. Uitewaal P, Meer van der I, Wammes B, Keetman M. Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod. Ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland. GGD Den Haag 2013.
2. Vaan de KBM, Timmermans M, Homburg GHJ. Effectief uit huis geplaatst? Effectevaluatie van de Wet tijdelijk huisverbod Regioplan Amsterdam, 20 juni 2013 (conceptversie).
3. Rooij van F, Haaf ten J, Segeren M. Het tijdelijk huisverbod in Amsterdam. GGD Amsterdam; maart 2010.
4. Eijkeren van L, Baan L, Veenstra R. Een onderzoek naar de effectiviteit van huisverboden in de provincie Groningen in 2009 – 2010. RUG; 2011.
5. Pels T, Lünemann KD, Steketee M (Red). Opvoeden na partnergeweld. Verwey-Jonker Instituut/Van Gorcum 2012.
6. Hester M, Westmarland N. Tackling domestic violence: effective interventions and approaches Home Office Research Study 290, Development and Statistics Directorate, februari 2005.

Delftse talentenbeurs en talententraining voor ouderen groot succes

Redzaam ouder worden is vooruitzien, mee blijven doen en ertoe doen

Liesbeth van Dalen

'Ik was onder de indruk van het enthousiasme bij beide activiteiten. Deze combinatie van een faciliterende overheid, samenwerkende partijen en het vertrouwen in de welwillendheid van burgers smaakt naar meer.' Dat vindt Elly Glerum, adviseur bij de GGD Zuid-Holland West, afdeling gezondheidsbevordering. Ze was betrokken bij de 'Actief leven talentenbeurs' en de talententrainingen 'Ontdek je talenten, zet ze in voor het vrijwilligerswerk in Delft'. 'Met deze twee activiteiten hoopte Delft de 55-plussers te verleiden tot vrijwilligerswerk of participatie. Met succes, want de Talentenbeurs telde maar liefst 750 bezoekers. Steeds meer mensen beseffen het belang van succesvol ouder worden.'

Aanleiding voor de extra inzet van de gemeente Delft was het 'Europese Jaar van actief ouder worden 2012'. (1) De gemeente vond het een goed moment voor een nieuwe impuls om een actief welzijnswerk, vrijwilligerswerk en informele zorg voor en door ouderen structureel te bevorderen. Alle inwoners tussen de 57 en 67 jaar kregen een persoonlijke uitnodigingsbrief, met onder andere het volgende: 'Bent u of gaat u binnen enkele jaren met pensioen? Dan wilt u na uw pensioen wel het liefst zo gezond mogelijk, actief en zelfredzaam blijven en ongeacht uw leeftijd uw talenten blijven ontwikkelen en inzetten. Kom daarom naar de Actief leven talentenbeurs en laat u informeren en inspireren. Er zal op de beurs de mogelijkheid zijn om een talentescan te laten doen en je in te schrijven voor de cursus 'Ontdek je talenten, zet ze in voor vrijwilligerswerk'. Ook zullen allerlei organisaties zich presenteren met hun aanbod voor actieve 55-plussers.' Dankzij de betrokken inzet van actieve ouderen, bezoekers, medewerkers van Breed Welzijn Delft (nu: Participe), Diva Delft, standhouders en de gemeente Delft werd het een succesvolle bijeenkomst. 'Achterliggende gedachte bij de organiserende partijen is dat het mes aan twee kanten snijdt. Aan de ene kant draagt het werven of doen van vrijwilligerswerk bij aan de participatiegedachte van de Wmo en aan de andere kant geeft het de vrijwilliger de voldoening dat hij of zij zinvol bezig is, sociale contacten opdoet en zijn kennis en vaardigheden vergroot', aldus Glerum.

Delft besloot niet zelf het wiel uit te vinden. De werkgroep Active ageing Delft was gecharmeerd van de aanpak die is ontwikkeld door PEP, Participatie Emancipatie Professionals in Den Haag, voorheen Haagse Ondersteunings Functie HOF.



Elly Glerum: 'Kijk naar de toekomst en stel reële doelen. Dat is hét advies voor dagelijkse zingeving.'

Over de auteur:

Mw. L. van Dalen werkt onder meer als eindredacteur en redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.

Active ageing volgens de World Health Organization

Active ageing is volgens de World Health Organization WHO: het optimaliseren van gezondheid, participatie en veiligheid op dusdanige wijze dat de kwaliteit van leven voor ouderen verbeterd wordt. 'Active ageing' houdt in dat ouderen actief blijven door langer te werken, vrijwilligerswerk te doen of door later met pensioen te gaan. Deze uitgangspunten sluiten aan bij de Delftse ambitie om de hoofddoelen van de Wet maatschappelijke ondersteuning te realiseren: participatie, zelfredzaamheid en de kracht van de samenleving.

PEP organiseerde namelijk in 2010 de Gouden Jaren Talentenbeurs om de 55-plusser te matchen met werkgevers voor vrijwilligerswerk. Bovendien zijn de medewerkers van PEP ervaren in het ontwikkelen en uitvoeren van talententrainingen. Delft heeft het concept van de trainingen ingekocht en een plaatselijke variant ontwikkeld en uitgevoerd.

'Succesvol ouder worden is niet alleen het loslaten van rollen en ambities. Het werkt in de praktijk pas goed uit als er nieuwe doelen voor in de plaats worden gesteld'

Succesfactoren

Glerum ziet diverse succesfactoren waardoor deze aanpak, passend in de huidige politieke en maatschappelijke ontwikkelingen en wettelijke kaders, leidt tot actief burgerschap van de oudere Delftenaar. 'In de eerste plaats de combinatie van gemeente als aanjager, de welzijnsorganisaties als professionele uitvoerders en de ouderen met hun onmisbare inbreng. Ten tweede hadden we te maken met nieuwsgierige burgers, een interessant programma met bekende sprekers, workshops, de lancering van de website Zorg voor elkaar; een talentenscan en een groot aanbod van allerlei (vrijwilligers) organisaties voor actieve 55-plussers. Niet in de laatste plaats was er de uitnodigende locatie: Theater De Veste.'

Nieuwsgierig en welwillend

Volgens Glerum werd de nieuwsgierigheid en de welwillendheid van de burger (41% van de bezoekers) vooral geprikkeld door de persoonlijke uitnodiging

die zij hadden gekregen. De nieuwsgierigheid van de overige bezoekers was gewekt door berichten in de media (35%) of op andere wijze, zo bleek uit de evaluatie van Breed Welzijn Delft.

Verbaasd was ze over de belangstelling voor de trainingscursussen Ontdek je talent. 'Ik bespeurde bij mezelf enige verbazing en bewondering over het enthousiasme van de bezoekers en andere betrokkenen. Onbewust ga ik kennelijk mee in de veronderstelling dat mensen er toch geen tijd voor hebben of er domweg geen zin in hebben. Deze veronderstelde onwil van burgers wordt benoemd en verworpen in de kabinetsnota 'De doe democratie' van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Tegelijkertijd heb ik de overtuiging dat mensen graag iets willen doen. Wanneer het samenspel van gemeente en partners aansluit op deze kracht van de burgers, gebeurt er iets. Hier zie je dat de energie begint te stromen en dat beleidsmakers en burgers elkaar ontmoeten.'

De talententraining is inmiddels twee keer gehouden met in totaal 16 cursisten. In oktober 2013 zijn weer twee cursussen gestart. 'Ik hoorde een aantal boeiende uitspraken van cursisten. Een deelnemer zei: 'Vrijwilligerswerk moet een uitdaging zijn, je komt je huis uit en het staat goed op je CV.' Een andere cursiste vertelde dat de cursus richting heeft gegeven aan haar vrijwilligerswerk. Deze mensen behoren tot de sluimerende talenten waar de gemeente en de welzijnsorganisaties samen naar op zoek waren.'

Hoe nu met de inactieve burger?

Glerum kent de vraag al: 'Hoe krijgen we nu juist de inactieve burger van de spreekwoordelijke bank af?' Volgens haar beschikken ook deze mensen over talenten. 'Zij zitten echter nog een fase verder verwijderd in hun persoonlijk proces om hun eigen talenten te ontdekken en in te zetten. Wellicht zijn zij te verleiden tot sport en/of culturele activiteiten. Sommige mensen zijn misschien inactief geworden omdat er niemand is om actief voor of mee te zijn. Wanneer de drempel tot het leggen van nieuwe contacten hoog is, dan is het verleiden tot ontmoeten de eerste stap. Veel gemeenten en welzijnsinstellingen verzorgen websites zodat mensen elkaar kunnen ontmoeten en/of iets gaan ondernemen.' Hier ligt volgens haar ook een rol voor de actieve burger of vrijwilliger. 'Die kan de schakel zijn tussen de inactieven en de samenleving en voorkomen dat mensen in een sociaal isolement geraken door het sociale netwerk te versterken. Nee, ik ga er niet van

uit dat uiteindelijk alle burgers mee willen doen. De groep senioren is zeer divers wat betreft leeftijd, opleiding en levensloop zodat we ook geen eenduidig gedrag kunnen verwachten. Gelukkig is in Delft de uitdaging opgepakt om mensen te ondersteunen bij initiatieven om hun talenten te ontdekken en in te zetten voor de Delftse samenleving. Het wordt hen mogelijk gemaakt om plannen te maken en ambities te stellen en waar te maken.'

Stel niet uit tot morgen

Dat is nu precies waar het om gaat: plannen en ambities. Kijk naar de toekomst en stel reële nieuwe doelen! Dat is hét advies voor dagelijkse zingeving wanneer door ontslag of pensioen een betaalde baan wegvalt. Zingeving, active ageing (zie kader op pagina 27), een doel hebben in het leven zijn belangrijke factoren voor succesvol ouder worden. Glerum: 'Succesvol ouder worden is niet alleen het loslaten van rollen en ambities, het werkt in de praktijk pas goed uit als er nieuwe haalbare doelen voor in de plaats worden gesteld. Steeds meer wordt duidelijk dat mensen deze nieuwe doelen niet pas moeten stellen als de oude noodgedwongen komen te vervallen. Het is beter om ruim van tevoren op veranderingen te anticiperen. Vanuit deze optiek is succesvolle ouderdom het resultaat van een goed geregisseerd leven (2). De kern van dit 'vitaliteitsconcept' gaat ook uit van het denken in kansen voor de ouderen zelf én de Nederlandse samenleving.

Mensen willen er bovendien liever niet aan denken dat ouderdomsklachten een rol kunnen spelen. Iedereen wil prettig leven. Voor veel mensen betekent dat onafhankelijk zijn, zelf keuzes maken en problemen oplossen. Dit betekent op tijd plannen en bedenken hoe je zolang mogelijk zelfstandig kunt blijven wonen. Redzaam ouder worden is vooruitzien, mee blijven doen en ertoe doen. Het is mooi om te zien dat ouderen in Delft zelf die rol hebben opgepakt en andere ouderen hiervan bewust willen maken.'

Glerum citeert uit het slotwoord van de betrokken ambtenaar van het Cluster Samenleving van de gemeente Delft: 'Het Europese jaar Active ageing hebben we aangegrepen om jonge senioren bewust te maken van wat zij aan kennis en kunde in huis hebben en hoe zij dit met anderen kunnen delen. Daarnaast hebben de welzijnsorganisaties laten zien dat ouderen echt niet aan de zijlijn hoeven te staan. Bouw aan je contacten, kom in beweging, blijf je ontwikkelen. Dat kan een heel leven lang. Tijdens de Actief Leven

Talentenbeurs hebben veel senioren hun enthousiasme getoond.'

Nu een aantal maanden verder, geven de eerste evaluaties van de Talententrainingen volgens Glerum hetzelfde beeld. 'Mensen die de trainingen hebben gevolgd zien nieuwe kansen en uitdagingen. Zij willen iets voor elkaar of de stad betekenen en daar ook zelf energie en enthousiasme uit halen.'

Voor meer informatie over de organisatie en de beurs kunt u terecht bij respectievelijk BWD, Lida Kersten, l.kersten@breedwelzjindelft.nl, telefoon (015) 760 02 11 of bij Diva Delft: Ingrid van den Berg iberger@divadelft.nl ; info@divadelft.nl of telefoon (015) 215 21 30.

Referenties

1. Europees jaar van actief ouder worden. www.europa.eu/ey2012.
2. Maat JW van de, Methodebeschrijving Op weg naar de Gouden jaren, databank Effectieve sociale interventies. Movisie. Maart 2010. www.movisie.nl/effectievsocialeinterventies.

Korte berichten

Nieuwe brochure NSPOH

Bij de NSPOH verscheen onlangs de nieuwe brochure 'Bij- en nascholing Public & Occupational Health 2014' met meer dan 150 modules op het gebied van volksgezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid. NSPOH onderwijs leent zich uitstekend voor individuele bij- en nascholing en is door diverse instellingen geaccrediteerd.

Het bestaande onderwijsaanbod is verruimd en geactualiseerd met meer dan 20 nieuwe modules waarmee deelnemers direct kunnen inspelen op ontwikkelingen in de volksgezondheid en in het veld van arbeid en gezondheid. Er zijn veel nieuwe modules voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Forensisch geneeskundigen kunnen in 2014 deelnemen aan enkele korte 'updates' rond specifieke thema's. Voor arboprofessionals zijn er modules over het meten van mentaal werkvermogen, audiometrie en de oudere werknemer. Om de communicatieve vaardigheden bij te spijkeren zijn er nieuwe modules als Debatteren en mondeling argumenteren, Werken met tolken en Oplossingsgericht werken.

Met het oog op betere bereikbaarheid, faciliteiten en werken in de nabijheid van diverse netwerkpartners, verhuist NSPOH naar de tiende etage in het Piet van Dommelenhuis aan de Churchillaan in Utrecht. Het pand is uitstekend bereikbaar met het openbaar vervoer en er is zeer goede parkeergelegenheid.

De inschrijving voor 2014 is inmiddels geopend. Wie na het bezoeken van de website www.nspoh.nl of het downloaden van de brochure nog vragen heeft, neemt contact op met de NSPOH, telefoon (020) 409 70 00, e-mail: info@nspoh.nl

GGZ Kennisdag 2014 'Werken werkt!'

Datum: 20 maart 2014
Organisator: Trimbos-instituut/
GGZ Nederland/ZonMw
Locatie: Den Bosch
Meer informatie:
www.trimbos.nl/agenda

Van AWBZ naar Wmo, van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

Congres over de gevolgen van de overgang naar een participatiesamenleving. Hoe kunnen organisaties hier zo goed mogelijk op inspelen? En hoe kunnen professionals omschakelen naar een meer faciliterende en ondersteunende rol?

Het congres is een voortzetting van het succesvolle Landelijk Congres Zelfregie en Eigen Kracht van juni 2013, aangevuld met actuele voorbeelden en thema's.

MOVISIE en Vilans hebben recent in kenniskringen goede voorbeelden en ervaringen in kaart gebracht. Deze voorbeelden en ervaringen vormen de leidraad van het congresprogramma. Zo wordt er ingegaan op de versterking van informele zorg en ondersteuning, zelfsturing, innovaties in arbeidsmatige dagbesteding, dagactiviteiten, wijkarrangementen en nog veel meer. Het programma biedt voor zowel beleidsmakers,

bestuurders/managers als professionals sessies om kennis te delen en inspiratie op te doen voor in de eigen praktijk. U kunt in twee rondes een keuze maken uit elf uiteenlopende workshops en inspiratiesessies. Hierbij is zowel aandacht voor actuele ontwikkelingen als voor praktijkvoorbeelden.

Datum: 20 januari 2014
Locatie: Bussum
Sprekers: M. Stam, B. Jansen,
H. van Xanten, H.M. Don,
H. Vos, e.a.
Kosten: €330
Contact: Studie Arena in Soest,
(035) 539 40 05,
info@studiearena.nl

Vragen aan Minister Schippers over voorgenomen opzet van de basis-GGZ

Kunt u aangeven hoe u ervoor gaat zorgen dat patiënten met matige tot ernstige GGZ-aandoeningen niet zullen worden onderbehandeld in de voorgenomen opzet van de basis-GGZ? Hoe gaat u ervoor zorgen dat deze patiënten geen kwalitatief mindere zorg ontvangen, nu de oorspronkelijk beschikbare 12-30 zittingen binnen de voorgenomen opzet van de basis-GGZ zullen worden teruggebracht naar 8-11 zittingen?

Deze en andere vragen stelde Tweede Kamerlid de heer Tunahan Kuzu (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kuzu vroeg naar de consequenties van de voorgenomen opzet basis-GGZ/specialistische GGZ voor met name de behandeling van angst-

en stemmingsstoornissen Voor de antwoorden van Minister Schippers dd. 25 oktober 2013 zie: www.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20132014-336.html

Nooit eerder zo weinig tienermoeders

In 2012 kregen in ons land 2,2 duizend meisjes jonger dan 20 jaar een kind, minder dan anderhalf procent van alle geboorten. Het aantal tienergeboorten is nog nooit zo laag geweest. Sinds 2011 krijgen minder dan 5 per duizend meisjes van 15 tot en met 19 jaar een kind. In 2012 bereikte het tienergeboortecijfer met 4,5 per duizend de laagste waarde die het CBS ooit heeft waargenomen. Rond 1970 was dit cijfer nog bijna vijf keer zo hoog. Onder meisjes met een Antilliaanse of Surinaamse achtergrond zijn de geboortecijfers hoog. Zo kregen 27 per duizend eerste generatie Antilliaanse tienermeisjes in 2012 een kind. Onder de eerste generatie Surinaamse tienermeisjes was dat 21 per duizend. Vier tot vijf keer zo veel als het gemiddelde voor Nederland. De (in Nederland geboren) tweede generatie kent lagere geboortecijfers, al zijn deze nog steeds relatief hoog. De geboortecijfers van niet-westerse allochtone tieners zijn sinds de eeuwwisseling relatief sterker gedaald dan van autochtone meisjes. In 2012 was het geboortecijfer van de tweede generatie Turkse meisjes zelfs lager dan van autochtone meisjes. Ook van de tweede generatie Marokkaanse meisjes is het geboortecijfer inmiddels zeer laag. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen (14.10.2013)

Geriatriciedag 2014

Op de Geriatriciedag kunt u drie plenaire sprekers verwachten, waaronder H. van Delden en J. Hamers. Daarnaast ligt de nadruk op praktische nascholing met een breed aanbod aan symposia en workshops. De Geriatriciedagen zijn bedoeld voor verpleegkundigen, fysiotherapeuten, klinisch geriater, internisten met het aandachtsgebied ouderengeneeskunde, sociaal geriater, ouderpsychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en gerontologen, alsmede voor artsen in opleiding voor één van deze specialismen. Overige belangstellenden zijn eveneens van harte welkom. Accreditatie wordt aangevraagd. Datum: 13 februari 2014
Locatie: Den Bosch
Kosten: €175 (t/m 5 januari 2014), €215 (vanaf 6 januari 2014)
Link: www.geriatriciedagen.nl
Informatie: info@congresscare.com (073) 690 14 15

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2013 voor de stad Den Haag

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 het elektronisch patiëntendossier op de GGD.

In dit rapport worden de gegevens van het 3de kwartaal 2013 besproken. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag gemeld bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut

voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gedurende het derde kwartaal 2013 was 88 (exclusief de 12 meldingen van TBC). Dit is bijna de helft van het aantal in dezelfde periode in 2012 (172). Dit verschil in het totale aantal meldingen is bijna uitsluitend te wijten aan de daling van het aantal meldingen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Brucellose

Eén volwassen man is zeer waarschijnlijk met deze infectie in het buitenland besmet. Besmetting heeft meestal plaats door contact met besmette dieren, het drinken van rauwe melk of de consumptie van producten die van ongepasteuriseerde melk zijn gemaakt (zachte kazen). Ook door contact met geaborteerde foetussen of met placenta's van geïnfecteerd vee kunnen bacteriën overgebracht worden. De ziekte begint doorgaans als een griepachtige aandoening, maar kan verschillende organen aantasten en chronisch worden. Omdat de besmetting in het buitenland heeft plaatsgevonden waren bij deze melding geen verdere maatregelen voor de uitschakeling van de besmettingsbron nodig.

Buiktyfus

Eén volwassen vrouw heeft de besmetting zeer waarschijnlijk opgelopen tijdens een reis in Egypte. Deze patiënte was voor de reis niet gevaccineerd tegen deze ziekte. Gelet op de duur van de reis was deze vaccinatie volgens de geldende richtlijnen voor reizigersvaccinatie overigens niet geïndiceerd.

Hepatitis A

Eén jongvolwassen man met hepatitis A werd gemeld die in

Nederland is besmet. Ondanks uitgebreid onderzoek is de besmettingsbron niet gevonden.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (30: 27 chronische gevallen en 3 acute gevallen) is iets lager dan tijdens de zelfde periode in 2012 (37). In de categorie chronische gevallen zijn mannen iets meer vertegenwoordigd. Het betreft vooral de leeftijdscategorie van 20-39 jaar. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Bij driekwart van de gevallen wordt verticale transmissie als meest waarschijnlijke bron aangegeven. Daarbij geeft een besmette moeder rond de bevalling het virus door aan haar kind.

Acute hepatitis B werd gemeld bij twee mannen en één vrouw. De twee mannen zijn waarschijnlijk door onbeschermd seksueel contact besmet, van de vrouw is de besmettingsbron niet bekend.

Invasieve groep

A-streptokokkeninfectie

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder sepsis (bloedvergiftiging) en uitgebreide bijna onbehandelbare infecties van het onderhuidse weefsel. Eén vrouw werd gemeld met kraamvrouwkoorts. Indien er nog meldingen van kraamvrouwkoorts veroorzaakt door deze bacterie gemeld worden zal de GGD in samenwerking met verloskundigen en patiënten uitzoeken of zij mogelijk door een zelfde zorgverlener zijn verzorgd. Indien dit het geval is zal bij deze zorgverlener onderzocht worden of zij de bacterie draagt en zo nodig behandeld worden om verdere

verspreiding te voorkomen. Tot op heden is geen nieuwe melding geweest van kraamvrouwkoorts met deze bacterie als verwekker.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (25) is ruim een kwart van het aantal gevallen dat in de zelfde periode in 2012 werd gemeld (95). De landelijke verheffing van kinkhoest die in 2012 heeft plaatsgevonden is in 2013 fors teruggelopen. Van de 11 patiënten tot 18 jaar is de vaccinatiestoestand uitgezocht. Al deze patiënten waren tegen kinkhoest gevaccineerd.

Legionellose

Tien patiënten werden gemeld met legionellose, dit is zeven meer dan in de zelfde periode van 2012. Vijf patiënten zijn in het buitenland besmet. Bij de vijf patiënten met een bron in Nederland is verder onderzoek gedaan naar mogelijke besmettingsbronnen. Bij twee van hen zijn mogelijke locaties die voor de volksgezondheid relevant zouden kunnen zijn (een ziekenhuis, een verzorgingshuis en een koeltoren) onderzocht doch deze waren niet de besmettingsbron. Bij twee andere patiënten is geen laboratoriumonderzoek uitgevoerd op mogelijke besmettingsbronnen aangezien die geen relevantie hadden voor de publieke gezondheid. Bij de vijfde patiënt zal het brononderzoek nog uitgevoerd worden in voor de volksgezondheid relevante locaties.

Leptospirose

Deze ziekte kan zich openbaren in een spectrum gaande van een milde griepachtige tot een dodelijke vorm. De verschijnselen zijn uiterst variabel en het ziektebeeld kan overeenkomen

met die van een groot aantal andere ziekten zoals influenza, hepatitis, gele koorts, (virale) hemorrhagische koortsen, meningitis, pneumonie, malaria en nog andere.

De ziekte wordt doorgaans opgelopen door contact met urine of uitwerpselen van besmette ratten. Van deze aandoening werd één patiënt gemeld. De patiënt is waarschijnlijk besmet door contact met water tijdens raften in Costa Rica.

Malaria

Eén patiënte met malaria, opgelopen in Nigeria, is bij de GGD gemeld. Zij had geen malariaprofylaxe geslikt. Het aantal meldingen van malaria is vergeleken met de zelfde periode van 2012 sterk verminderd. Het is niet bekend of dit komt doordat reizigers naar malariagebieden frequenter malariaprofylaxe innemen.

Mazelen

Vijf patiënten met mazelen met een leeftijd tussen één en 19 jaar werden gemeld. Geen van hen was tegen mazelen gevaccineerd (twee vanwege kritische houding tegen vaccinatie). De besmetting heeft bij één patiënt plaatsgevonden in de Verenigde Staten. De overige vier patiënten zijn in Nederland besmet, waarvan één van hen waarschijnlijk in de Bible belt.

MRSA infectie (clusters buiten ziekenhuis)

Binnen een gezin zijn twee personen ziek geworden door deze bacterie. De bacterie behoort tot een stam bacteriën die normaal bij iedereen op de huid leeft. Soms kunnen varianten van deze bacterie sneller leiden tot infecties, dikwijls van de huid zoals puisten. Dit kan resulteren in kleine uitbraken

Infectieziekten gemeld door instellingen in het derde kwartaal 2013.

Aandoening	Kinderopvang	Opvang dak- en thuislozen	Onderwijsinstelling	Verpleeg- en verzorgingshuis	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag / exanthenen (impetigo, vijfde ziekte, waterpokken)	13		1			14
Gastroenteritis	2			2		4
Anders		1			1	2
Eindtotaal	15	1	1	2	1	20

onder personen die met een besmette persoon in contact komen. De MRSA-variant van de bacterie is bovendien resistent voor antibiotica die regelmatig gebruikt worden en kan daardoor moeilijk te behandelen zijn. Om te voorkomen dat deze bacterie zich verspreidt kan het soms nodig zijn om ook personen te behandelen die niet ziek zijn, doch wel deze bacterie bij zich dragen.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Deze ziekte veroorzaakt dikwijls bloederige diarree en kan, bij slechte voedsel- en toilethygiëne, andere personen besmetten. Een meisje, besmet in Marokko, en een volwassen man, besmet in Nederland, werden gemeld.

STEC/Enterobacteriaceae E. coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvoldoende gebakken vlees, zijn zeven patiënten gemeld. Drie van hen waren patiënten bij wie de eerste ziektedag maanden geleden was en alleen met DNA-techniek zijn gediagnosticeerd. Daarom is niet verder gezocht naar mogelijke besmettingsbronnen. Bij de overige vier patiënten is de diagnose gesteld door kweek van de bacterie en was de eerste ziektedag recent. Drie van de

patiënten behoorden tot een gezin. Ondanks uitgebreid onderzoek is geen waarschijnlijke besmettingsbron gevonden.

Voedselinfecties

Het betreft meldingen van twee of meer patiënten met gastroenteritis met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. Hiervan zijn twee meldingen gedaan waarbij de campylobacter bacterie de verwekker was. Eén melding betreft vier personen van een zelfde gezin waarbij geen waarschijnlijke bron is gevonden. De tweede melding betreft een gezin waarin twee personen ziek zijn geworden, waarschijnlijk door kruisbesmetting via nog niet gebraden kippenvlees.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het derde kwartaal 2013. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. Het aantal meldingen uit instellingen is hoger dan het aantal

meldingen in dezelfde periode van 2012 (12). Het verschil is vooral te wijten aan meldingen van gastroenteritis en twee meldingen van scabiës. Een uitbraak van scabiës in het ziekenhuis betrof een opgenomen patiënt met de hoog besmettelijke vorm van scabiës (*scabiës crustosa*). Het aantal besmette personen is dankzij snelle preventieve behandeling van blootgestelde personen beperkt gebleven tot zeven, waarvan twee in een andere zorginstelling verbleven en één medewerker van het ziekenhuis.

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2013 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Er zijn drie meldingen van bof geweest. In twee gevallen ging het om personen die twee keer met het BMR-vaccin zijn gevaccineerd. De andere patiënt meende vrij zeker te weten in het verleden bof te hebben doorgemaakt. Zij is niet gevaccineerd omdat zij voor de invoer van het vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma is geboren.

Buiktyfus

Er is één melding van buiktyfus geweest. De patiënt was in Ghana geweest voor vrijwilligerswerk. Zij

was vooraf wel gevaccineerd tegen tyfus.

Hepatitis B

Er zijn tien meldingen van hepatitis B geweest. Het gaat in negen gevallen om dragerschap. Eén melding ging om een recent opgelopen infectie met het hepatitis B virus. Er was sprake van wisselende onveilige seksuele contacten in het buitenland. Dit is daarom de meest waarschijnlijke transmissie route geweest.

Hepatitis C

Er is één keer een acute hepatitis C gemeld. Het ging om een MSM man. Seksuele overdracht was het meest waarschijnlijk. Een bron was niet te achterhalen.

Invasieve GAS

Er is vier keer een invasieve Groep A Streptokok gemeld. Het ging drie keer om een toxisch shock syndroom en een keer om een fasciitis necroticans. Voor de gezinscontacten is antibiotica als profylaxe voorgeschreven.

Kinkhoest

Er zijn 41 meldingen van kinkhoest geweest. Dit aantal was hoger dan het aantal in het tweede kwartaal van dit jaar (15).

Legionellose

Er zijn vier patiënten met legionellose gemeld. Bij één patiënt lag de meeste waarschijnlijk bron in het buitenland (Turkije). De andere drie patiënten zijn niet in het buitenland geweest. Bij deze patiënten is er geen bron gevonden.

Malaria

Er is een malaria tropica (*Plasmodium falciparum*) gemeld na reis naar Kameroen. Er was geen malariaprofylaxe gebruikt.

Mazelen

Er is zes keer een patiënt met mazelen gemeld. Een patiënt had één keer een BMR vaccinatie gehad. De andere patiënten waren niet gevaccineerd vanwege hun religieuze overtuiging.

Shigellose

Er is vier keer een shigellose gemeld. Bij twee patiënten lag de bron in het buitenland, respectievelijk in India en Egypte. De andere patiënten zijn in Nederland besmet. Bij deze twee patiënten is er geen bron gevonden.

STEC

Er is acht keer shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. Er zijn geen voedselbronnen gevonden. Drie keer lag de bron waarschijnlijk in het buitenland.

Voedselinfectie

Er is één keer een voedselinfectie gemeld van drie personen na een bezoek aan een restaurant. De NVWA heeft onderzoek gedaan in het restaurant. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen de genuttigde maaltijd en de klachten.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het derde kwartaal 2013			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 3e kw. 2013	GGD-Zuid Holl.West 3e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2013	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw 2013	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw 2012
A-ziekten	Nieuwe Influenza A (H1N1)								
B-ziekten	2	4	6	8	16	8	2	16	31
	1	1	2		1		1	3	
							3	3	1
	1		1	4	4	2	4	7	6
	3	10	13	45	47	31	51	95	146
	27	1	28	1	1			28	1
	25	41	66	291	103	63	30	159	648
	10	4	14	5	2	2	4	20	8
	5	6	11			7		18	
			1	2	3	3		1	5
					3		1	1	4
	12		12	24	13	16	21	49	71**
	2	1	3	3	2	2		5	7
	1	4	5		2	2	2	9	3
						1	1	1	
	1		1					1	
C-ziekten	7	8	15	24	8	8	9	32	55
	1		1	2				1	2
	1	1	2	14	5	3	4	9	17
					2	1		1	2
									1
		3	3		3	1	1	5	28
				4		2	3	5	7
					2	2	1	3	3
						1		1	1
	1		1			1		2	
totaal	100	84	184	431	213	157	134	475	1.047

*) Inclusief dragers.

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

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 *kosteloos* toegestuurd.

Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin

Naam/organisatie:
Straat of postbus:
Postcode en plaats:
E-mailadres:

Hoe wilt u het Epidemiologisch bulletin ontvangen? (omcirkelen wat van toepassing is):
per post/digitaal/per post en digitaal

Ik wil graag een adreswijziging doorgeven

Mijn oude adres was:

Naam/organisatie:
Straat of postbus:
Postcode en plaats:
E-mailadres:

Mijn nieuwe adres is:

Naam/organisatie:
Straat of postbus:
Postcode en plaats:
E-mail adres:

Ik wil graag een wijziging in de verzending doorgeven

Naam/organisatie:
Straat of postbus:
Postcode en plaats:
E-mailadres:

Aankruisen wat van toepassing is:

- Ik ontvang het Epidemiologisch Bulletin voortaan graag per post
- Ik ontvang het Epidemiologisch Bulletin voortaan graag digitaal
- Ik ontvang het Epidemiologisch Bulletin voortaan graag per post en digitaal
- Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen

Anmeldingen en wijzigingen kunnen ook digitaal worden doorgegeven via het secretariaat,
e-mail: jessica.roos@denhaag.nl.



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