



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 39, 2004, nummer 1

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Wakker worden!

Aandacht nodig voor toename HIV in Den Haag

volksgezondheid

Alcohol- en druggebruik en probleemgedrag bij jongeren in de hulpverlening

Plein 2013: de toekomst van gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio

Korte berichten

Colofon

maart 2004, 39ste jaargang nr.1

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum
Haaglanden, lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(kernredacteur);
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070 - 353 71 05
fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst, Multimedia-den Haag

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	
• Wakker worden! Aandacht nodig voor toename HIV in Den Haag <i>A.P. van Leeuwen</i>	2
Volksgezondheid	
• Alcohol- en druggebruik en probleemgedrag bij jongeren in de hulpverlening <i>I. Burger en M.J.E. Helsen</i>	9
• Plein 2013: de toekomst van gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio <i>K. Kruijthof</i>	20
Korte berichten	26

Redactioneel

Voor professionals een zorg

De drie artikelen in dit eerste nummer van 2004 hebben ogenschijnlijk niet veel met elkaar te maken. Het middelste artikel gaat over alcohol- en druggebruik en probleemgedrag bij jongeren in de hulpverlening. Het biedt aan de hand van concrete casuïstiek houvast voor aanpassingen in de hulpverlening. De rol van de directe omgeving van de jongeren blijkt ook in dit onderzoek van cruciaal belang. Iets wat we eigenlijk al weten, maar waar we nog steeds geen adequaat antwoord op hebben gevonden.

Het openings artikel vraagt aandacht voor de stijging van het aantal HIV-geïnfecteerden in Den Haag. Ook in dit artikel zien we een impliciete boodschap naar de (preventieve) zorgsector. De gewijzigde houding ten opzichte van AIDS, als chronische ziekte, en een toename van onveilig vrijgedrag mag toch zeker als een belangrijk signaal worden beschouwd, waar de (preventieve) zorgsector snel een antwoord op moet vinden.

Het derde artikel geeft een schets van een discussie over onze toekomst. Den Haag in 2013 wordt geschetst door het netwerk van het Medisch Centrum Haaglanden. De opgave voor de zorgsector in 2013 wordt: hoe komen we tot een adequaat aanbod voor zowel de 'alwetende gezonden' als de 'onwetende haperenden'?

Kortom drie artikelen met uitdagingen voor professionals in de zorg. Wellicht zouden we in maart 2013 dit nummer van het Bulletin nog eens uit de kast kunnen halen en dan constateren dat alcohol- en drugproblematiek in 2013 als begrip niet meer in de Dikke van Dale voorkomt. Anno 2013 weten we precies wanneer iemand kans heeft in de problemen te geraken. Op basis onze DNA-profielen wordt preventief maatwerk gerealiseerd. Het begrip collectieve preventie is dan iets uit de prehistorie. De preventiemedewerkers zorgen voor een sociaal maatschappelijk netwerk. Het reguliere huidige collectieve vangnet wordt een individueel vangnet.

Opvattingen over seksualiteit in 2013 zijn niet die van 2004. Veilig vrijen is geen issue meer. Landelijk wordt er gediscussieerd over de maximale leeftijd om zwanger te geraken. Het begrip 'draag-oma's' is net in de 'Dikke' verschenen.

In juni 2013 organiseert het Medisch Centrum Zuid-Holland een invitational conference over de toekomst van de zorg in het statenkwartier.

Wakker worden! Aandacht nodig voor toename HIV in Den Haag

A.P. van Leeuwen

Medio 2003 verschenen in de landelijke pers berichten over de explosieve toename van HIV in enkele grote steden in Nederland (1). De vraag rijst of er ook in Den Haag sprake is van een stijging van HIV en AIDS. In het maartnummer 2003 van dit Bulletin werd al de toename van seksueel overdraagbare aandoeningen op de SOA-poliklinieken in Den Haag beschreven (2). Onderstaand artikel behandelt de omvang van HIV en AIDS in Den Haag, met nadruk op de veranderde kijk op het probleem en verschuivingen in de populatie HIV-geïnfekteerden sinds het begin van de epidemie. De GGD in Den Haag heeft een verbeterde aanpak op stapel staan. Ook die wordt besproken.

Veranderde kijk op HIV-AIDS

Eind jaren tachtig werd HIV/AIDS in Nederland gezien als één van de grootste dreigingen op het gebied van infectieziekten, omdat het om een dodelijk epidemie van SOA ging, waarvoor geen behandeling beschikbaar was. Binnen korte tijd werd, ook in Den Haag, een uitgebreide aanpak op preventief en curatief gebied ontwikkeld, solitair gericht op HIV/AIDS. De GGD Den Haag kreeg een aparte HIV/AIDS-afdeling. En om tegemoet te komen aan de behoefte aan anonimiteit kwam er een anonieme HIV-testplaats bij de GGD en werd in de stad een apart AIDS-spreekuur voor homoseksuelen ingericht. Er kwam een AIDS-platform met deelname van alle betrokken maatschappelijke organisaties, belangenverenigingen en zorginstellingen. Ziekenhuizen kregen aparte AIDS-afdelingen met AIDS-behandelaars en -consulenten. De AIDS-preventie was vooral gericht op veilig seksueel gedrag en kreeg aparte aandacht in grote massamediale campagnes en campagnes gericht op homoseksuele mannen. Daarbij werd in Nederland een nogal terughoudend HIV-testbeleid gevoerd, vanuit de opvatting dat het doen van een HIV-test een individuele overweging was, die vaak zelfs werd afgeraden, omdat er weinig voordelen zaten aan de wetenschap HIV te hebben. Dat de preventie aanpak veel

effect had op veiliger seksueel gedrag kan worden afgeleid uit de afname van gonorrhoe en syfilis, die in die periode vooral bij homoseksuelen veel werd vastgesteld.

In 1996 kwam voor het eerst een HIV-behandeling op de markt die een gunstig effect had op het beloop van de infectie. De combinatietherapie van anti-retrovirale middelen kan de vermenigvuldiging van het HIV-virus in het lichaam remmen en het verstoorde immuunsysteem herstellen, zodat het ontwikkelen van de symptomen van de ziekte AIDS wordt uitgesteld zolang de middelen worden ingenomen. Dit heeft een enorm effect gehad op de AIDS-statistiek en heeft de kijk op het probleem HIV/AIDS veranderd. Terwijl de epidemie wereldwijd schrikbarend toenam, kreeg men in Nederland de indruk dat de epidemie min of meer onder controle was. Het aantal AIDS-diagnoses in Nederland daalde en het aantal AIDS-doden nam drastisch af. Hierdoor werd AIDS door de bevolking als minder bedreigend ervaren. Door deze ontwikkelingen leek het gerechtvaardigd de specifieke AIDS-activiteiten te verminderen en AIDS te integreren in meer algemene SOA-bestrijdingsactiviteiten. Dit had ook in Den Haag invloed op de AIDS-specifieke hulpverlening. De buddyzorg die was opgezet voor AIDS-patiënten, ging zich richten op *alle* chronisch zieken met een behoefte aan buddy-zorg. De afdeling HIV/AIDS van de GGD Den Haag werd onderdeel van de afdeling algemene infectieziektenbestrijding, het AIDS-spreekuur voor homoseksuelen is in 2000 gestaakt en ook de anonieme testplaats voor HIV bij de GGD is stopgezet. Het HIV-testbeleid is veranderd van terughoudend naar actief, vanuit de opvatting dat het behandelingsresultaat beter zal zijn naarmate vroeg in het beloop van de infectie wordt gestart met behandelen (3)(4). In de voorlichting aan mensen die risico hebben gelopen worden de voordelen van de HIV-test benadrukt. Een HIV-testgesprek wordt nu gezien als integraal onderdeel van een SOA-consult en wordt door de sociaalverpleegkundigen van

Over de auteur:

Petra van Leeuwen, arts, afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

de GGD alleen nog op de SOA-poliklinieken uitgevoerd. De behoefte aan een anonieme testplaats is afgenomen en veel mensen gaan naar de huisarts met hun testverzoek.

HIV/AIDS surveillance in Nederland

Sinds 1987 werd het beloop van de AIDS-epidemie in Nederland bijgehouden aan de hand van *vrijwillige melding* van patiënten met een AIDS-diagnose door behandelaars aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er is geen meldingsplicht voor HIV-infecties in de Infectieziektenwet opgenomen. De diagnose AIDS is een klinische diagnose, gebaseerd op het klinisch beeld dat gemiddeld 10 jaar nadat HIV het lichaam binnendringt ontstaat als het virus de afweer van het lichaam zodanig heeft aangetast dat allerlei andere 'opportunistische' infecties de kop opsteken. De huidige combinatietherapie wordt bij voorkeur al gestart vóórdat het klinisch beeld van AIDS is ontwikkeld. Daarmee is het aantal nieuwe AIDS-diagnosen niet langer een goede manier om het beloop van de HIV/AIDS-epidemie in Nederland in de gaten te houden. In tegenstelling tot andere Europese landen, heeft Nederland lang gearzeld met het overgaan op een landelijke registratie van alle bekende HIV-infecties. Hierdoor is er sinds 1996 weinig zicht op aard en omvang van het probleem HIV/AIDS in Nederland. Naar aanleiding van een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek is in 2002 het HIV-surveillancestelsel in Nederland aangepast (5). De AIDS-registratie is beëindigd en in plaats daarvan is er nu een landelijke registratie van HIV via de 22 HIV/AIDS-behandelcentra. Daarnaast wordt de verspreiding van HIV onderzocht door het houden van HIV-surveys bij specifieke groepen zoals prostituees, migranten, druggebruikers, zwangeren en bezoekers van enkele SOA-poliklinieken. Deze surveys worden opgezet door het RIVM.

De omvang van het HIV/AIDS probleem in Den Haag

Sinds 1996 was er bij de GGD Den Haag geen goed zicht meer op de omvang van het probleem HIV/AIDS in Den Haag. Voor het ontwikkelen van een goed lokaal SOA-AIDS-preventieprogramma is informatie nodig over het vóórkomen van HIV en het testgedrag in verschillende groepen. Daarom is de GGD Den Haag in 1999 gestart met het prospectief volgen van alle nieuwe HIV-geïnfecteerden die in behandeling kwamen bij de twee Haagse AIDS-behandelcentra (Leyenburg Ziekenhuis en Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde). In 1999 is tevens eenmalig *retrospectief* het hele patiëntenbestand

geanalyseerd van HIV-positieven die op dat moment nog in zorg waren. Dit is gedaan om een beeld te krijgen van de omvang van het totaal aantal HIV-geïnfecteerden, het aantal aan wie combinatietherapie werd gegeven, het aantal bij wie de diagnose AIDS was gesteld, het jaar van de eerste positieve HIV-test, het geslacht, de meest waarschijnlijke transmissieroute, de seksuele geaardheid en het land van afkomst. Mensen die in eerdere jaren in de centra waren behandeld maar inmiddels niet meer, werden niet in dit onderzoek opgenomen. Het kan daarbij gaan om mensen die inmiddels waren overleden, dan wel elders werden behandeld, of die niet meer in zorg waren. De AIDS-behandelaars gaven de gegevens anoniem door aan de GGD.

Resultaten

Het retrospectief onderzoek in 1999 gaf de volgende resultaten over de populatie HIV-geïnfecteerden die op dat moment nog in zorg was in de Haagse AIDS-behandelcentra.

In 1999 waren totaal 341 HIV-positieven in behandeling, waarvan 80% man en 20% vrouw.

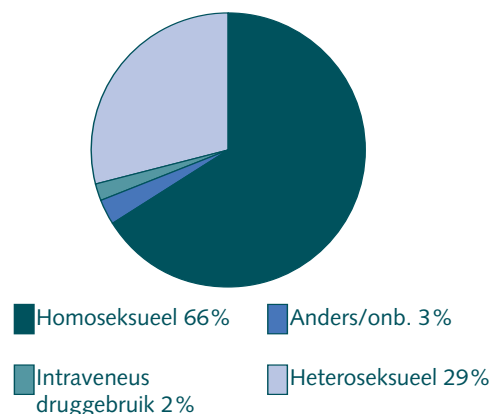
Transmissieroute

Bij 95% was seksuele overdracht de meest waarschijnlijke manier van overdracht, voor 66% (224) via homoseksueel contact en 29% (98) via heteroseksueel contact (figuur 1). Bij slechts 2% was intraveneus druggebruik de transmissieroute.

In geval van heteroseksuele overdracht had 51% een partner afkomstig uit een HIV-endemisch gebied, 2%

Figuur 1.

Meest waarschijnlijke transmissieroute bij 314 HIV-geïnfecteerden die in 1999 in zorg waren bij de Haagse AIDS-behandelcentra.



Tabel 1.

Land van afkomst van de 314 HIV-geïnfecteerden die in 1999 in zorg waren bij de Haagse AIDS-behandelcentra .

Land van afkomst	Code afkomst	Aantal	Percentage
Nederland	Ned	195	60
Afrika sub-Sahara	Afrika	46	15
Ned. Antillen en Suriname	Ant-Sur	30	9
West Europa, USA, Canada, Australië	Westen	18	7
Latijns-Amerika en Cariben	Lat-Car	13	4
Turkije, Marokko	Tur-Mar	7	2
Oost Europa, voormalig Sovjet Unie	O-Eur	5	2
Azië	Azië	8	2

een biseksuele partner en van 46% was niet bekend of de partner tot een bekende risicogroep behoorde.

Land van afkomst

De patiënten die in 1999 in zorg waren, waren afkomstig uit 51 verschillende landen; hieruit blijkt dat de wereldwijde pandemie zich ook in Den Haag manifesteert. Het merendeel (67%) is afkomstig uit Nederland en andere Westerse gebieden. 15% is afkomstig uit sub-Sahara Afrika, met als meest voorkomende land van afkomst Ghana (3% n=9). 9% komt uit Suriname of de Nederlandse Antillen en slechts 2% is van Turkse of Marokkaanse komaf (zie tabel 1).

Er is een duidelijke relatie tussen de regio van afkomst en de seksuele geaardheid (figuur 2). Bij HIV-positie-

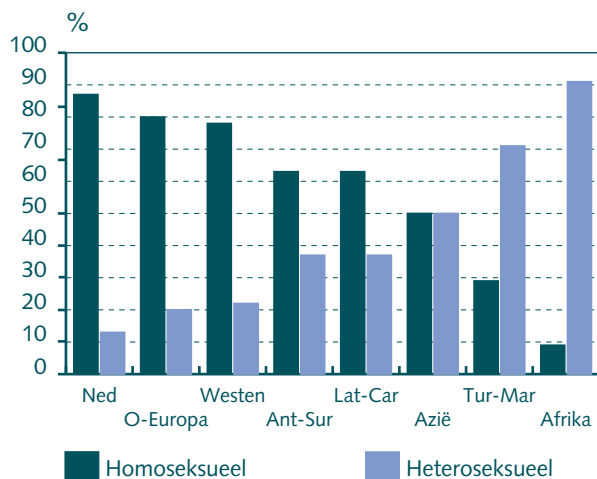
ven van Nederlandse afkomst is de meest waarschijnlijke transmissieroute in 87% homoseksueel, aan het andere uiteinde van de figuur is bij Afrikaanse afkomst 91% van de overdracht heteroseksueel.

Stadium HIV-infectie

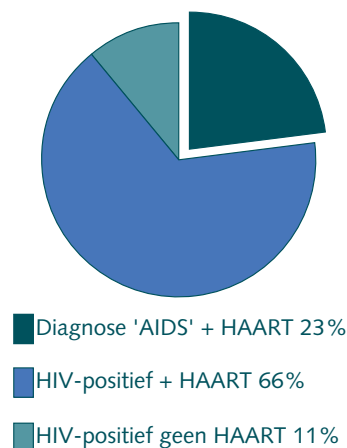
Van het totaal aantal HIV-positieven in zorg (n=314) was bij slechts 23% de diagnose AIDS gesteld en had in 1999 89% een indicatie voor behandeling met antiretrovirale combinatietherapie (HAART). Er is dus een grote groep HIV-geïnfecteerden die wel de combinatietherapie gebruikt, maar bij wie de diagnose 'AIDS' nog niet is gesteld. Dit bevestigt dat de registratie van AIDS-diagnoses geen goede graadmeter is voor HIV-monitoring (zie figuur 3).

Figuur 2.

Land(en) van afkomst en de seksuele geaardheid bij 314 HIV-geïnfecteerden die in 1999 in zorg waren bij de Haagse AIDS-behandelcentra (zie voor toelichting op de afkortingen van de landen van afkomst tabel 1).

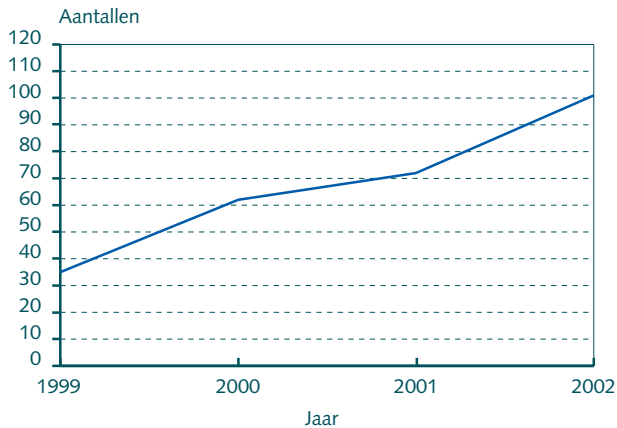
**Figuur 3.**

Wel/geen diagnose 'AIDS' en wel/geen indicatie voor behandeling met antiretrovirale combinatietherapie (HAART= Highly Active Anti-Retroviral Therapy) bij 314 HIV-geïnfecteerden die in 1999 in zorg waren bij de Haagse AIDS-behandelcentra.



Figuur 4.

Aantal nieuw geregistreerde HIV-positieven per jaar in de twee Haagse AIDS-behandelcentra. Den Haag, 1999 - 2002.



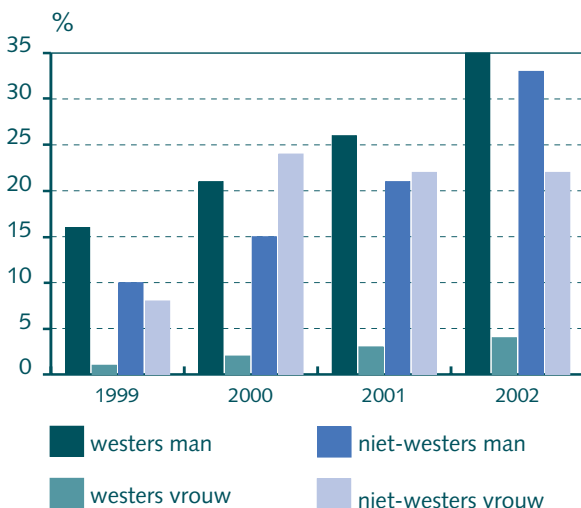
Ontwikkelingen sinds 1999

Toename aantal nieuwe infecties

Sinds 1999 is jaarlijks op eerder beschreven manier het aantal nieuw geregistreerde HIV-positieven in de twee Haagse AIDS-behandelcentra doorgegeven aan de GGD, om een trend in de incidentie te kunnen volgen. Het gaat daarbij niet alleen om mensen die ook in Den Haag wonen, maar om alle nieuwe patiënten. Omgekeerd worden niet alle Haagse HIV-patiënten in Haagse ziekenhuizen behandeld. Het

Figuur 5.

Aantal nieuw geregistreerde HIV-positieven per jaar naar westerse en niet-westerse landen van afkomst, afzonderlijk voor de mannen en de vrouwen in de twee Haagse AIDS-behandelcentra. Den Haag, 1999 - 2002.



aantal nieuwe infecties is verdrievoudigd, van 35 in 1999 tot 101 in 2002 (zie figuur 4).

Verschuiving in regio van afkomst en geslacht

De toename wordt voor een groot deel veroorzaakt door infecties bij mensen van niet-westerse komaf (dus niet afkomstig uit Nederland, West-Europa, USA, Canada, Australië), de toename van vrouwen is daarbij opvallend (figuur 5).

Verschuiving in seksuele geaardheid

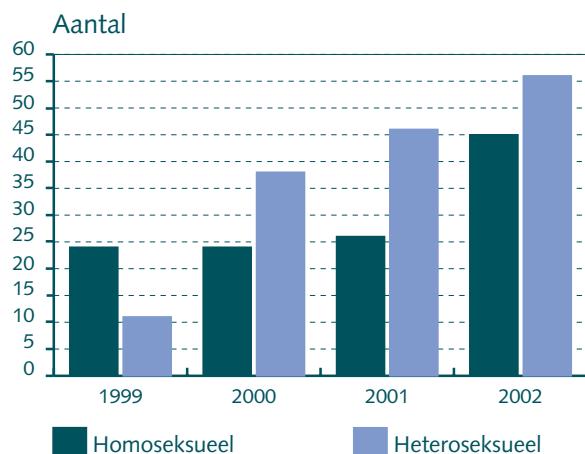
Het aantal heteroseksuele transmissies is jaarlijks gestegen, terwijl het aantal nieuwe infecties bij homoseksuelen tussen 1999 en 2001 ongeveer gelijk bleef. Opvallend is de toename van infecties bij homoseksuelen in 2002 (figuur 6).

Bespreking, conclusies

Concluderend laat de registratie van nieuwe HIV-geïnfecteerden in de twee AIDS-behandelcentra van Den Haag de laatste jaren een flinke stijging zien van nieuwe HIV-infecties, een trend die ook in andere grote steden in Europa wordt gesignaleerd. Opgemerkt moet worden dat in de registratie geen gegevens over postcode of woonplaats zijn opgenomen, er is dus niet bekend in hoeverre de populatie die in de ziekenhuizen wordt gezien afkomstig is uit Den Haag, en in hoeverre HIV-geïnfecteerden uit Den Haag in andere steden in de randstad worden behandeld. De stijging kan voor de helft worden toegeschreven aan homoseksuelen van voornamelijk Nederlandse

Figuur 6.

Aantal nieuw geregistreerde HIV-positieven per jaar naar seksuele geaardheid in de twee Haagse AIDS-behandelcentra. Den Haag 1999 - 2002.



Een Nederlandse man van 49 jaar komt op de SOA-poli. Hij is erg ongerust. Hij is getrouwd, maar heeft af en toe ook contacten met homoseksuele mannen die hij ontmoet op de baan. Tot nu toe is dat altijd veilig verlopen, maar 3 weken geleden heeft hij onder invloed van alcohol op de baan met een onbekende man anaal contact gehad zonder condoom. Hij maakt zich ernstig zorgen omdat hij klachten heeft van koorts en gezwollen lymfeklieren. Er wordt besloten dat in dit geval alvast een test op HIV gedaan zal worden, ook al is de windowfase van 3 maanden nog niet verstreken (dit is de maximale periode tussen het tijdstip van infectie en het aantoonbaar worden van antistoffen in het bloed). Uit de test blijkt dat hij HIV-positief is en een zogenaamde primo-infectie doormaakt. De sociaalverpleegkundige van de GGD bespreekt met hem de gevolgen van de infectie voor hemzelf, voor zijn vrouw en in relatie tot zijn werkomgeving, en verwijst hem direct door naar de AIDS-consulente van het ziekenhuis.

afkomst. Een deel daarvan is waarschijnlijk al langer geïnfecteerd, maar heeft zich niet eerder laten testen. Tot eind jaren negentig werd in Nederland immers een terughoudend HIV-testbeleid gevoerd. De voorlichting was veel meer gericht op veilig seksueel gedrag. Veel homomannen hebben toen de afweging gemaakt dat bekendheid met de HIV-status geen voordelen opleverde. Een gevolg daarvan is dat van de Nederlandse homomannen slechts 42% zich ooit op HIV heeft laten testen (6). Dit percentage ligt veel lager dan in de andere westerse landen. Inmiddels is naar aanleiding van de behandelingsresultaten van de nieuwe combinatietherapie het HIV-testbeleid veel actiever geworden en is de voorlichting aan homomannen er onder andere op gericht dat deze groep de HIV-test heroverweegt (4)(6). Een deel van de nieuw geregistreerde infecties bij homomannen is 'het gevolg' van een succesvol actief testbeleid. Toch lijkt zeker ook een deel van de stijging bij homomannen te worden veroorzaakt door recent onveilig gedrag. Steeds vaker spreken de verpleegkundigen van de GGD Den Haag op de SOA-polikliniek homomannen die niet veilig vrijen. Voorbesprekingen van binnenkort te publiceren landelijke onderzoeken wijzen ook in die richting. Bij de generatie homomannen die seksueel actief was toen AIDS onbehandelbaar was, leidde de dreiging van een dodelijke epidemie er toe dat veel mannen hun seksueel gedrag aanpasten en dat 'veilig vrijen' de norm werd. Inmiddels is een nieuwe generatie homomannen actief die AIDS meer ervaart als een chronische ziekte. Waarschijnlijk is de toe-

Een Nederlandse man van 23 jaar heeft al een jaar een vaste homoseksuele relatie met een HIV-positieve man. Hij bezoekt de SOA-poli met klachten passend bij gonorrhoe, en de arts stelt inderdaad een gonorrhoe vast. De sociaalverpleegkundige van de GGD gaat in een gesprek dieper in op de seksuele contacten. Hij vertelt uiteindelijk dat hij met zijn vaste partner tegenwoordig zonder condoom vrijt, omdat het om 'echte liefde' gaat. Hoewel de verpleegkundige aandringt, weigert hij zich te laten testen op HIV.

name van onveilig gedrag daar een reactie op. Het andere deel van de stijging van HIV-infecties in Den Haag betreft heteroseksuele mannen en vrouwen die voor het grootste deel afkomstig zijn uit HIV-endemische gebieden en de infectie misschien al langere tijd bij zich dragen. Dit betreft mensen met verschillende achtergronden, bij wie vaak het taboe op AIDS het testgedrag belemmert. Indien alle mensen die risico hebben gelopen zouden kunnen worden gemotiveerd een HIV-test te laten doen, zou het aantal HIV-positieven waarschijnlijk nog veel hoger liggen. De reden om zich te laten testen is nu vaak dat het infectiestadium waarbij klachten van AIDS optreden al is bereikt, of dat een HIV-test wordt aangeboden in verband met zwangerschap. Sinds 1999 krijgen alle zwangere vrouwen die tot een risicogroep behoren, een HIV-test aangeboden als onderdeel van het actievere testbeleid. Het is niet duidelijk hoeveel HIV-geïnfecteerden binnen de groep migranten de infectie al in het land van afkomst hebben opgelopen en hoe vaak er sprake is van nieuwe infectie na de migratie.

Een Nederlandse man van 48 jaar komt op het reizigersspreekuur van de GGD, omdat hij met een vriend naar Thailand gaat. Hij vertelt dat hij eens lekker uit wil rusten en genieten na een moeizame scheiding van zijn vrouw. Zijn vriend is al een aantal keer naar Pataya in Thailand geweest. De verpleegkundige bespreekt de nodige vaccinaties en attendeert hem erop dat het verstandig is condooms mee te nemen. Hij is beledigd en zegt dat hij helemaal niets van plan is op seksueel gebied. Na een maand verschijnt hij ineens op de SOA-poli. Hij heeft in Thailand een hele charmante dame ontmoet, waarmee hij nu min of meer een relatie heeft. Ze hebben meestal condooms gebruikt, maar af en toe als hij nog slaapdronken was hebben ze het zonder condoom gedaan. Hij is nu terug in Nederland en is toch wel angstig voor een SOA. Na counseling wil hij ook een HIV-test, die positief blijkt te zijn.

Er is nog erg weinig bekend over het seksuele gedrag van migranten in Nederland: hoe vaak vrijt men veilig, is de seksuele partner meestal afkomstig uit dezelfde populatie of ook uit de Nederlandse bevolking, is er sprake van veel wisselende contacten, etc. Toch gaat het niet bij alle nieuwe heteroseksueel verkregen HIV-infecties om de niet-westerse populatie. Hoewel het absolute aantal misschien nog niet erg hoog is, wordt op de SOA-poliklinieken steeds vaker HIV geconstateerd bij heteroseksuelen van Nederlandse afkomst. Regelmatig betreft dit zogenaamde sekstoeristen die onveilig seksueel contact hebben gehad in landen zoals Thailand.

Kortom, de signalen van zowel een toename van HIV als van een verschuiving in de betrokken populaties zijn verontrustend en vragen om alertheid. Er is echter meer onderzoek nodig naar de werkelijke actuele verspreiding van HIV in Den Haag, voordat we kunnen stellen dat er inderdaad een explosieve toename van onveilig seksueel gedrag is die leidt tot toename van HIV. Wel lijkt het gerechtvaardigd om zowel de bevolking als de betrokken gezondheidszorginstanties wakker te schudden en aan te sporen zich in te zetten voor goede preventie van HIV en AIDS.

Een 26-jarige vrouwelijke verpleegkundige afkomstig uit Kongo, die sinds 2 jaar in Nederland is, bezoekt haar huisarts in de Schilderswijk omdat ze klachten heeft van terugkerende ontstekingen van het tandvlees en de oogleden. Ze is ook vaak moe. Ze vertelt dat ze voorafgaand aan haar vlucht naar Nederland in de gevangenis heeft gezeten en daar meermalen is verkracht. Sinds ze in Nederland is heeft ze geen seksuele contacten gehad. De huisarts bespreekt o.a. de mogelijkheid van een HIV-infectie en de test blijkt positief. Hij verwijst haar naar het ziekenhuis. Bloedonderzoek laat zien dat bij haar de HIV-infectie het immuunsysteem al heeft aangetast, en er wordt gestart met combinatietherapie, waarop zij vrij snel opknapt. Omdat zij (nog) geen verblijfsvergunning heeft, maakt zij zich ernstig zorgen over haar toekomst.

Verbeterde aanpak in Den Haag, het SOA- AIDS preventieplan

De GGD Den Haag heeft naar aanleiding van de stijging van SOA en HIV in Den Haag en de verschuivingen binnen de doelgroepen een SOA-AIDS preventieplan ontwikkeld, dat inmiddels is geaccepteerd (7). Hierin wordt een pro-actieve aanpak voorgesteld, outreachend naar doelgroepen toe in samenspraak

Een 39-jarige homoseksuele man is in een uitgaansgelegenheid in Amsterdam getest op syfilis. Hij vertelt dat dit was omdat er de laatste tijd weer veel syfilis werd gevonden in het circuit van homoseksuele mannen. De uitslag was positief en hem werd geadviseerd om naar de SOA-poli te gaan om de test in het laboratorium nog eens te laten herhalen en de uitslag te bevestigen. In het gesprek dat de sociaalverpleegkundige van de GGD met hem had, bleek dat hij in zijn leven veel verschillende partners heeft gehad, en in de jaren negentig veel vrienden heeft zien overlijden aan AIDS. Hij heeft zich nooit op HIV laten testen. Hij is het gewend om afspraken te maken over veilig seksueel gedrag. Hij heeft nu geen klachten, maar is wel erg geschrokken van de syfilis-uitslag in Amsterdam. Na lang aarzelen besluit hij een HIV-test te laten doen, nu hij zich toch ook op syfilis laat testen. Ondanks dat de syfilis-uitslag inderdaad positief blijkt te zijn, is hij erg opgelucht als blijkt dat hij HIV-negatief is. Hij vertelt dat hij toch wel erg gespannen is geweest gedurende de periode dat hij op de uitslag moest wachten.

met de doelgroepen zelf. Het streven is de mensen bewust te maken van de risico's van onveilig vrijen, veilig seksueel gedrag te bevorderen, mensen bekend te maken met het aanbod aan hulpverlening bij vragen rond seksualiteit en SOA-AIDS, vroegtijdig onderkennen en behandelen van SOA, en een actief HIV-testbeleid.

De GGD zal een krachtiger regie gaan voeren en zich manifesteren als kenniscentrum op het gebied van seksueel- en bloedoverdraagbare aandoeningen richting de eerste lijn.

De interventies gericht op homomannen worden aangepast aan ontwikkelingen binnen de doelgroep. In de voorlichting ligt de nadruk op het veranderde denken over risico en op een actief testbeleid. De GGD heeft al jaren een team van vrijwilligers in dienst ('RAP'- of Residentieel Aids Preventie team) die voorlichting geven op homo-ontmoetingsplaatsen. Dit team zal worden uitgebreid en in verbeterde vorm de activiteiten uitvoeren. Er komen voorlichtingsactiviteiten op plekken waar specifieke subgroepen, zoals jongeren en allochtonen, elkaar ontmoeten. Daarnaast wordt geïnvesteerd in individuele counseling op HIV en andere SOA aan homomannen die in aanmerking komen voor deelname aan het project 'Gratis hepatitis B vaccinatie voor risicogroepen' (homomannen, prostituees, intraveneus druggebruikers en heteroseksuelen met wisselende contacten), dat de GGD sinds begin 2002 uitvoert.

Voor interventies gericht op migranten is versterking en vernieuwing van het netwerk een voorwaarde. Den Haag is een multiculturele stad en er zal gefundeerd gekozen moeten worden welke groepen prioriteit hebben bij het ontwikkelen van interventies. Per doelgroep zal worden geïnventariseerd wat de behoefte is aan voorlichting en op welk niveau. Soms, als er een groot taboe heerst op het onderwerp seksualiteit en AIDS, moet men beginnen met het bespreekbaar maken. In groepen met relatief veel HIV-geïnfecteerden zal opvang door zelforganisaties in de community worden gestimuleerd. Voorlichters in de eigen taal en cultuur zullen structureel worden ingezet bij de uitvoering en de acquisitie van de voorlichtingen. Ook jongeren krijgen speciale aandacht in het preventieplan. De populatie jongeren in de kwetsbare leeftijdsgroep zal op school toegang krijgen tot vernieuwde lespakketten over SOA en seksualiteit. Op VMBO-scholen zal worden gewerkt met het lespakket 'Lang leve de liefde'. Extra aandacht zal uitgaan naar schoolgaande jongeren uit HIV-endemische gebieden. Interventies richting prostituees en intraveneus druggebruikers zullen in verbeterde vorm worden uitgevoerd.

Met dank aan : SOA-poliklinieken Leyenburg Ziekenhuis en Medisch Centrum Haaglanden voor het doorgeven van gegevens; E.J.M. de Coster, GGD Den Haag voor hulp bij statistische analyse.

Literatuur:

1. Seksueel overdraagbare aandoeningen in drie jaar met tweedeede toegenomen. Persbericht RIVM. Juni 2003.
2. De Coster EJM, Leeuwen AP van, Berns MPH. Seksueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag 1994-2001: Trendmatige ontwikkelingen op de Soa-poliklinieken. Epidemiol Bul 2003; 38 nr.1: 2-7.
3. Herziening van het HIV-testbeleid. Gezondheidsraad. Den Haag, 1999.
4. Actief testen! Een programmatische aanpak voor actiever testen en counselen op HIV en andere SOA in Nederland. Stichting SOA-bestrijding, Stichting Aids Fonds, Schorerstichting, HIV-vereniging Nederland, GG en GD Amsterdam. 2002.
5. Advies HIV-surveillance in Nederland. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Den Haag, 2001.
6. Hogeweg JA, Hospers HJ. Monitoronderzoek 2000. Universiteit Maastricht, Maastricht.
7. Voorkómen is beter dan vóórkomen: verbeterde aanpak moet!. Geslachtsziekten en geslachtsziektenbestrijding in Den Haag. Soa-Aids preventieplan. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag, maart 2003.

Alcohol- en druggebruik en probleemgedrag bij jongeren in de hulpverlening

I. Burger en M. J. E. Helsen

Bekend is dat verslaving dikwijls gepaard gaat met psycho-sociale problematiek (1). Volwassenen die verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs vertonen vaker affectieve stoornissen (depressie, zwaarmoedigheid), angststoornissen (met name sociale fobie, plein/ruimte fobie en paniekstoornis) en persoonlijkheidsstoornissen (antisociale persoonlijkheid, borderline persoonlijkheidsstoornis) (2). Verslaafden laten eveneens vaker delinquent gedrag zien (3).

Ook is bekend dat jongeren met psycho-sociale en/of psychiatrische problemen een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van overmatig alcohol- en/of druggebruik (4). Ze lopen meer kans verslaafd te raken aan alcohol en/of drugs dan jongeren die deze problemen niet hebben. Het gebruik van deze middelen heeft in veel gevallen bij hen ook een ongunstige invloed op de behandel mogelijkheden, de therapietrouw en het vinden van duurzame oplossingen.

Weinig is echter bekend over de aard en betekenis van het middelengebruik bij jongeren met (ernstige) gedragsproblematiek (2). Leidt overmatig middelengebruik bijvoorbeeld tot psycho-sociale problemen, of heeft men deze problemen al en gaat men dan veel alcohol of drugs gebruiken? Uitkomsten van onderzoek wijzen niet in één richting (1)(5)(6)(7). Bovendien is het de vraag in hoeverre gevonden verbanden bij volwassenen ook gelden voor jongeren. Omdat (gelukkig) slechts een beperkte groep jongeren voor de volwassen leeftijd al echt verslaafd is, is er relatief weinig onderzoek verricht naar bijvoorbeeld de comorbiditeit van riskant middelengebruik (al dan niet in de vorm van afhankelijkheid en verslaving) en psycho-sociale problematiek onder jongeren. Dit belang wordt echter onderstreept vanwege het mogelijke risico van middelengebruik op de zelfontplooiing van deze jongeren (8). Ten slotte is voor preventie een belangrijke vraag: wat zijn in de situatie van de jongeren met probleemgedrag de escalerende en regulerende factoren voor hun middelengebruik?

Onderstaand artikel beschrijft het kwalitatief onderzoek, dat met behulp van uitvoerige interviews met een aantal jongeren in de hulpverlening is gehouden (7). Over hun alcohol- en druggebruik en over hun problemen.

Het onderzoek

Om meer inzicht te krijgen in de achtergronden en de factoren van riskant middelengebruik bij jongeren met problematisch gedrag, heeft de onderzoekscommissie MORE¹ in 2001 het initiatief genomen in Den Haag hier onderzoek naar te (laten) doen. Daarbij was het uitgangspunt de individuele situatie van de jongeren zo nauwkeurig mogelijk in kaart te brengen. De specifieke persoonlijke beleving van de jongere kreeg daarbij veel ruimte. Een kwalitatieve studie met behulp van het afnemen van interviews bij jongeren was de meest geëigende methode. Vooraf werd er rekening mee gehouden dat aan de verzamelde representaties geen algemeen geldende conclusies zouden kunnen worden verbonden. Maar de persoonlijke 'casus'-

beschrijvingen zouden wel tot inzichten kunnen leiden in de factoren die bij het middelengebruik van deze groep jongeren een rol spelen. Eerst gaan we kort in op de wijze van uitvoering van het onderzoek.

De doelpopulatie betrof jongeren die nu of in het verleden problematisch alcohol en/of drugs gebruiken of hadden gebruikt en die vanwege hun gedragsproblematiek hulp kregen of waren ingesloten. In hoeverre er sprake was van problematisch alcohol- en/of druggebruik werd beoordeeld door de hulpverlening of de begeleiding. Het mogelijke effect van het middelengebruik op het (andere) problematische gedrag was daarbij mede bepalend. De werving van de jongeren verliep via de Haagse instellingen waar zij residentieel

Over de auteurs:

Irene Burger, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, en Marianne Helsen, ontwikkelingspsycholoog, ten tijde van de onderzoeksuitvoering werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

¹ De onderzoekscommissie MOnitoring & REgistratie is samengesteld uit onderzoekers en beleidsmedewerkers van de gemeente Den Haag, de Politie Haaglanden, het Openbaar Ministerie en Parnassia Verslavingszorg, die de Regiegroep Verslavingsproblematiek op basis van onderzoek beleidsrelevante informatie en adviezen geeft en waar nodig zelf onderzoek initieert.

verbleven of ambulant begeleiding kregen. De instellingen bestreken vier circuits gericht op de volgende aandachtsvelden:

jeugdhulpverlening	- problemen in opvoedings-situatie en/of sociaal-maatschappelijke situatie;
jeugd-GGZ	- intra-psychische of psychiatrische problemen;
verslavingszorg	- verslavingsproblemen;
reclassering	- overlastgevend/delinquent gedrag.

Vanwege het karakter van het onderzoek is niet gestreefd naar een representatieve vertegenwoordiging van de doelpopulatie. Wel wilden we een variëteit aan problemen aan bod laten komen, bij een gespreide vertegenwoordiging naar geslacht, leeftijd en etnische origine. Dit is niet helemaal gelukt, de voor dit onderzoek geschikte jongeren waren lastig te vinden. Daarom zijn ook enkele jongvolwassenen in het onderzoek betrokken.

Na intensief contact met de instanties hebben uiteindelijk 23 jongeren (bij 21 jongeren is een volledig interview afgenomen) geparticipeerd in het onderzoek. Verdeeld over de vier circuits waren dit: vijf bij de jeugdhulpverlening; vier bij de jeugd-GGZ; acht bij de verslavingszorg en zes bij de jeugdreclassering. De hulpverleners/begeleiders hadden een sleutelrol in de selectie van de jongeren.

Het aantal participerende jongeren (hieronder worden in het vervolg ook de jongvolwassenen verstaan) was beperkt doordat ze enerzijds tot de doelpopulatie moesten behoren, en anderzijds bereid en in staat moesten zijn om een uitgebreid en diepgaand gesprek te voeren. De instanties noemden als redenen voor het ontbreken van kandidaten:

- vanwege het ziektebeeld/de problematiek van de jongere wordt deelname aan het onderzoek (in deze fase) als een te zware belasting gezien;
- weigering door de jongere (in veel gevallen past dit bij het ziektebeeld/de problematiek);
- middelengebruik is bij verschillende instanties in de jeugdzorg een contra-indicatie -wie gebruikt wordt niet in behandeling genomen-, waardoor het middelengebruik bij deze instanties inderdaad niet voorkomt óf niet openlijk wordt toegegeven.

Jongeren met (meervoudige/ernstige) problematiek in een te kwetsbare situatie zullen zijn ondervertegenwoordigd in het onderzoek. Dit geldt eveneens voor riskant gebruik dat voor de hulpverlening onopgemerkt is gebleven.

Voor het onderzoek zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Hoe is het alcohol- en druggebruik nu en in het verleden (begin, verloop, soort, wijze, hoeveelheid en frequentie) van de jongere?
- Wat is voor de jongere de betekenis/functie/verwachting van het middelengebruik?
- Wat zijn de gevolgen van het middelengebruik (geweest)?
- Wat is de aard van de problematiek die zorg/begeleiding noodzakelijk heeft gemaakt?
- Bestaat er een relatie tussen de problematiek en het middelengebruik? En zo ja welke?
- Wat zijn factoren met een escalerende invloed en wat zijn factoren met een regulerende invloed (geweest) op het middelengebruik?
- Welke succesvolle/falende interventies (situatieve veranderingen/represailles/behandeling) ten aanzien van het problematische gedrag (in bijzonder het middelengebruik) hebben plaats gehad?
- Welke gemiste kansen ten aanzien van het problematische gedrag (in bijzonder het middelengebruik) worden gezien?

Met hulp van experts en literatuur (7) is een topiclijst opgesteld, aan de hand waarvan semi-gestructureerde interviews konden worden gehouden.

De Toetsingscommissie Patiëntgebonden Wetenschappelijk Onderzoek heeft toestemming gegeven tot uitvoering van het onderzoek. De interviews werden afgenomen in de maanden mei, juni en juli 2002, door een ontwikkelingspsycholoog en nog drie interviewers (studenten pedagogiek/psychologie met interviewervaring). Het uitgebreide interview met de jongere (totale duur gesprek twee tot maximaal drie uur verdeeld over in principe twee of drie gesprekken) vond bijna altijd op een rustige lokatie plaats, zonder dat anderen aanwezig waren. De jongere werd om toestemming gevraagd het gesprek op de band op te nemen. De interviewers waren erin getraind de onderwerpen zo open en onbevooroordeeld mogelijk te bespreken. Wanneer de jongere uit zichzelf niet of erg kort antwoordde, vroeg de interviewer door of kwam ze er op een volgend moment op terug. Daarbij benadrukte ze nog wel eens de vertrouwelijkheid en vrijwilligheid van het gesprek. Doordat de meeste vraagstellingen in het onderzoek retrospectief van aard waren, bestaat de mogelijkheid - en dat is onvermijdelijk - dat de jongere achteraf verbindingen legt en een logische draad vindt die op het moment zelf niet zo zou zijn ervaren. Deze interpretatie kan nog zijn versterkt door een groeiend 'therapeutisch' inzicht dat gedurende de behandeling bij

de jongere (en de hulpverlener) is ontwikkeld. Ook kan - ondanks training - niet worden uitgesloten dat de persoonlijke interactie tussen de geïnterviewde en de interviewer (allen vrouw) invloed heeft gehad op de uitkomsten. Met deze mogelijke effecten moet rekening worden gehouden bij het lezen van de resultaten.

Onderzoekspopulatie

Aan het onderzoek hebben zestien jongens en zeven meisjes meegedaan.

Op het moment van het eerste gesprek was de jongste 12 en de oudste 22 jaar. Gemiddeld waren ze 18 jaar oud; veertien jongeren waren meerderjarig. Vijftien jongeren waren van Nederlandse afkomst. De acht niet-Nederlanders waren West-Europeanen (vijf), Surinamers (twee) en een Antilliaan.

Geen van de respondenten was in het bezit van een diploma op middelbaar niveau (de nog jonge leeftijd van sommigen maakte dit ook niet mogelijk). De meeste (oudere) jongeren zeiden echter geen hoogst mogelijk opleidingsniveau te ambiëren.

Bij de helft van de jongeren waren de ouders niet meer bij elkaar. Meestal waren ze gescheiden op (zeer) jonge leeftijd van de respondent. Na de scheiding was bij geen van de jongeren de band met beide ouders goed gebleven. In gevallen dat anderen (ook) de opvoeding op zich namen heeft dit soms tot (heftige) conflicten geleid. Ook bij veel jongeren van wie de ouders nog wel bij elkaar waren (twaalf jongeren) is de gezinssituatie problematisch (geweest). Vijf jongeren gaven aan dat ze mede door hun druggebruik de sfeer thuis vaak verstoorden. Samengevat zijn de jongeren over het algemeen lager opgeleid, komen ze uit gebroken gezinnen en/of zijn ze opgegroeid in een klimaat met ongunstige gezinsverhoudingen.

De jongeren hebben dikwijls al een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug. Op twee jongens na hebben alle respondenten eerder begeleiding gekregen van dezelfde of andere hulpverlenende instanties dan die waar ze zijn benaderd voor het onderzoek (zoals verslavingszorg, politie/justitie, jeugdzorg, crisisopvang, dagopvang, begeleid kamer wonen).

De resultaten

Indeling naar middelengebruik

Op basis van het actuele gebruik en het gebruik in het verleden (aard, mate en duur) is een driedeling

gemaakt in het alcohol- en druggebruik. De meerderheid (dertien jongeren) gebruikte veelvuldig harddrugs (zoals XTC, speed en/of cocaïne) of had dat in het verleden gedaan (groep drie). Zeven jongeren gebruikten geen harddrugs (groep één). Geen van deze laatste groep jongeren werd ten tijde van het onderzoek behandeld voor zijn of haar alcohol en/of softdrugsgebruik (zoals cannabis). Drie geïnterviewden nemen een tussenpositie in (groep twee), ze consumeerden naast alcohol en cannabis wel harddrugs maar niet intensief gedurende langere tijd. Twee van hen volgden een behandelingsprogramma voor hun middelengebruik. Drie van de vijf jongeren beneden de zestien gebruikten geen harddrugs in tegenstelling tot de twee anderen (waaronder de jongste van twaalf jaar) die dit overmatig deden.

De middelen die vooral zijn gebruikt zijn cannabis (22 keer), alcohol (19 keer), cocaïne (12 keer) - vooral snuifcoke en enkelen gebruikten basecoke² -, XTC (10 keer) en speed (5 keer). Doordat de jongeren allemaal een vorm van begeleiding kregen of intensieve behandeling ondergingen voor hun middelengebruik, gebruikten ze op het moment van het onderzoek dikwijls minder dan in het verleden. Deze situatie biedt het voordeel dat de jongeren vaak met enige afstand terug kunnen kijken op de periode van intensief alcohol- en/of druggebruik in relatie tot probleemsituaties en hun problematisch gedrag.

(Gedrags)problematiek

De typering en de ontwikkeling van gedragsproblemen (waaronder alcohol- en/of druggebruik), waarbij een veelheid aan beïnvloedende variabelen een rol hebben gespeeld, zijn in de vorm van uitgebreide casuïstische beschrijvingen vastgelegd. Deze zijn uniek en ontlene zeggingskracht aan de context van persoonlijke belevingen en (traumatische) gebeurtenissen. In kaders op deze pagina's geven we bij wijze van voorbeeld het verhaal weer van een jongen (casus A) en een meisje (casus B).

Casus A

Hij heeft *'thuis het perfecte leven gehad'*: hij mocht veel. Hij sportte graag, was daar goed in en kon er zijn agressie in kwijt. Op school vocht hij om de kleinste dingen: *"Ik was de etterbak van de school."* In de tweede klas van het voortgezet onderwijs is hij regelmatig gaan blowen. Hij deed dit omdat hij zich zorgen maakte om zijn vader, die ziek was. *"Ik*

² Basen is het roken van crack, verkregen door verhitting van rauwe cocaïne met een base (meestal ammonia of maagzout).

schoof de problemen voor mij uit, door het blowen had ik geen stress, voelde ik mij relaxed." Hij blowde iedere dag, ook op school en spijbelde veel. Uiteindelijk behaalde hij een diploma op lts-niveau, hij had meer gekund. Door het blowen kreeg hij last met sporten. Hij minderde en kwam in rustiger vaarwater: thuis ging het beter, hij had verschillende baantjes en kreeg een vriendin.

Op zijn zestiende is hij weer meer gaan blowen: drie joints per dag. Dit is hij blijven doen. Hij ging het op een gegeven moment combineren met cocaïne: *"Cocaïne geeft je het ideale gevoel, je zit overal net een beetje tussen in ... met jezelf in je eigen wereld."* Hij kon er gemakkelijk aan komen, hij dealde zelf (via een vriend): eerst in weed, daarna in coke en soms ook in andere middelen. Dit heeft hij vanaf zijn vijftiende drie jaar gedaan. In die tijd was hij een 'echte hooligan'. *"Bij rellen stond ik altijd voor aan ... ik nam vaak het initiatief andere supporters te pakken te nemen."* Ook onder de groep hooligans werd veel drugs gebruikt.

Het blowen zorgde wel eens voor problemen thuis, maar dit escaleerde toen zijn ouders er achter kwamen dat hij dealde en ook coke gebruikte. Thuis ontstonden er daardoor veel ruzies, ook wel eens met handgemeen. *"Bij een ruzie heb ik mijn broer een keer knock-out geslagen, uiteindelijk hebben ze mij in de houdgreep gekregen, maar daarna heb ik nog een stoel door de ruit gegooid en in iedere deur in huis een gat getrapt ..."* Hij bleef dagen weg van huis. Kort daarop toen hij vanwege een blessure zijn favoriete sport niet meer kon uitoefenen, nam het cocaïne-gebruik toe: $\frac{1}{2}$ - 1 $\frac{1}{2}$ gram per dag. *"Ik was een echte junk ... het dealen werd steeds heftiger ... ik heb een keer iemand met een pistool bedreigd."* Hij heeft - zonder succes - een programma gevolgd in een verslavingskliniek. Hij komt in de gevangenis terecht, moet vier jaar zitten. In de gevangenis blowt hij alleen nog (nemen zijn ouders soms voor hem mee). Coke gebruikt hij niet meer. Ook nu hij in de gevangenis zit zouden zijn vrienden de 'handel' gewoon draaiende houden en hem het geld geven dat ermee verdiend wordt. Veel geld is hij gewoon geworden (soms beschikte hij over duizenden euro's per week).

Hoewel straf vroeger juist averechts werkte, werkt gevangenisstraf goed: *"Ik heb nu 24 uur om na te denken."* Zijn ouders en broer steunen hem, maar vinden het goed dat hij in de gevangenis zit. Hij is niet trots op zijn criminele gedrag, maar hij heeft er ook geen spijt van.

Casus B

Haar ouders zijn toen ze op de basisschool zat, gescheiden. Vader hertrouwde gelijk en verdween lange tijd uit beeld. Ze heeft goede herinneringen aan de periode dat haar ouders nog bij elkaar waren. Haar moeder kon niet alleen zijn, was heel afhankelijk. Ze heeft veel verschillende stiefvaders gehad, vaak alcoholisten, die haar sloegen. Ze is heel vrij opgevoed. Over de situatie thuis vertelt ze: *"Ik ben heel belachelijk opgevoed, als ik niet naar school wilde boefde ik niet, mijn moeder wilde liever dat ik haar hielp met de was, maar dan ... als ik thuis bleef dan ... dan werd ik weer geslagen door mijn stiefvader"*. *"Liever had ik gehad dat mijn moeder zich zorgen maakte en wat aandacht gaf ..."*. *"Er waren helemaal geen regels, de ene keer was het nee, de andere keer ja, totaal geen regelmaat."* En over haar stiefvaders: *"Er waren altijd problemen, altijd rotzooi, allemaal agressief ... 's nachts kwamen ze bij mij en raakten mij aan; vaak kwam de politie voor de deur, de burens wilden ons weg hebben."* Op de basisschool haalde ze goede cijfers, ze was populair en sportte veel. In de eerste klas van het voortgezet onderwijs was het ineens de omgekeerde wereld. Ze werd gepest door ouderejaars, die haar sloegen. Ze verzuimde veel en haalde slechte cijfers. Andere leerlingen waren bang voor haar. *"Bang voor mijn blik of weet ik wat, ik vocht wel met de stoerste jongen van de klas en schreeuwde veel."* Ze werd vaak de klas uitgezet, spijbelde veel en uiteindelijk ging ze helemaal niet meer naar school. Thuis ging het evenmin goed en ze werd het huis uitgezet. Ze woonde korte tijd bij haar vader. Via stiefzus (woonde bij vader) 'bendes' leren kennen. *"Toen ging het al de verkeerde kant op, ik stal in de stad en zo, maar ben nooit gepakt."* Ze wilde terug naar haar moeder maar dat hield stiefvader tegen. Vanaf die tijd woonde ze overal en nergens. Ging, om aan geld te komen, in een café werken en in illegale gokhuizen (zag er veel ouder uit dan ze in werkelijkheid was). Begon met alcohol - stond voor het grijpen - en blowde een paar keer in de week. Kreeg een hartsvriendin die veel ouder was (een tweede moeder) en ook een veel oudere vriend. Daar heeft ze vijf jaar een (knipperlicht)relatie mee gehad. Ze is twee keer zwanger van hem geweest (abortus). Ze raakte betrokken bij een verkeersongeluk. *"Toen na dat ongeluk moest ik wel bij mijn moeder terecht"*. *"Mijn stiefvader die zei, ik was toen zeventien, je moet gaan werken anders moet je hier weggaan"*. *"Meteen toen het gips eraf was zei hij 'ik weet wel werk voor je'. Hij heeft mij toen naar een privé-huis gebracht, ik was echt heel bang ... ik wou echt*

niet met klanten meegaan... ik heb echt twee dagen zitten sbaken daar op de bank." Het geld ging eerst naar stiefvader. Na een maand liep ze weg uit dat huis. Ze ging in een grote stad als prostituee werken. In die periode is ze met harddrugs begonnen: XTC, later cocaïne. Dit was volgens haar een 'logisch' gevolg van het werken in de prostitutie: "... gebruiken was gewoon zelfvernietiging, ik was gewoon depressief." Ze nam twee jaar elke dag een combi: XTC, speed, blowen, snuiven en alcohol. "En hoeveel je ook maar drinkt, je wordt niet dronken omdat je al die rotzooi al hebt genomen, je gaat maar door, elke dag XTC, eerst twee later zeven pillen." Haar vrienden dealden. Ze kreeg van hen ecstasy-pillen om door te verkopen. Eerst was het alleen snuifcoke, maar later ging ze op aandringen van een klant ook basen. Ze sliep in drugpanden en heeft nooit hoeven betalen voor de drugs. "Ik kon gewoon bellen naar mannen en die kwamen het dan brengen. Ik moest wel met mijn lichaam betalen, in ruil daarvoor kreeg ik drugs."

Bij deze voorbeelden en uit de casuïstische beschrijvingen van de andere jongeren valt vooral de veelheid en verwevenheid van de problemen op, evenals het probleemgedrag en de tekorten op verschillende gebieden. Dit laatste geldt in het bijzonder voor de opvoedingssituatie, het voortijdig van school gaan, de (meervoudige) trauma's en het criminele en gewelddadige gedrag, dit alles vaak op (zeer) jonge leeftijd. Het alcohol- en druggebruik lijkt daarbij in veel gevallen zowel een ontsnappingsroute als een verergerende of accelererende factor. Voor vijf (leef) domeinen geven we een korte samenvatting.

De gezins- en opvoedingssituatie

Bij de meeste geïnterviewde jongeren is de gezins- en opvoedingssituatie (zeer) ongunstig geweest. In de gesprekken werden situaties beschreven waarin de ouders/opvoeders de opvoeding (soms totaal) niet aan konden. De ouders/opvoeders besteedden weinig tijd en aandacht aan hun kind of verwaarloosden het zelfs. Zo deed zich bij één jongen de situatie voor dat moeder en stiefvader plots waren verhuisd bij thuiskomst na een weekend bij vader. Een andere jongen mocht op jonge leeftijd met vader mee diefstallen plegen. In veel opvoedingssituaties ontbrak het aan structuur, stimulering en verantwoordelijkheidsgevoel. Sommige ouders hadden zelf (psychische) problemen. Bij één op de drie jongeren zijn (één van) de ouder(s) verslaafd (geweest) of was bij hen regelmatig sprake van dronkenschap. In een aantal gevallen vertelden de jongeren

over (ernstige) relationele problemen tussen hun (stief)ouder(s), dikwijls gepaard gaand met agressie en gewelddadigheid. Ook kregen de jongeren zelf regelmatig slaag. Een jongen wist dat wanneer hij 's morgens zijn brood in folie op de ontbijttafel vond, zijn moeder veel slaag had gehad en zich zo niet aan hem wilde tonen. Verschillende jongeren brachten een deel van hun jeugd in een internaat of kindertehuis door.

Schoolparticipatie

De schoolparticipatie is voor vrijwel allen een probleem. Eén op de drie is voortijdig van school gegaan of gestuurd. De anderen vertellen dat ze regelmatig spijbelden, zich erg lastig opstelden in de klas, nauwelijks gemotiveerd waren of zich niet konden concentreren. Bij enkele jongeren met concentratiestoornissen werkte het leren en werken in kleine groepen beter. Een meisje noemt het pestgedrag op haar school dat haar parten speelde.

Uit verschillende gesprekken met de jongeren komt naar voren dat op school middelen werden gebruikt, door henzelf of door anderen. Meestal betrof het blowen, in de pauze of na schooltijd.

Traumatische ervaringen

De helft van de jongeren noemt één of meer traumatische ervaringen. Vier meisjes zijn seksueel misbruikt (misbruik op zeer jonge leeftijd, seksuele intimidatie, verkrachting, gedwongen prostitutie en dreiging van vrouwenhandel), drie van hen gebruikten overmatig harddrugs. Drie jeugdigen maakten in hun naaste omgeving een (zelf)moord mee. Een meisje en een jongen deden zelf één of meer pogingen tot zelfdoding. Het reeds op jonge leeftijd (door scheiding of overlijden) ontbreken van één of beide ouders ervoeren enkele geïnterviewden als een groot gemis.

Crimineel gedrag

Op vier jongeren na hebben ze crimineel gedrag vertoond. De ernst van de delicten varieerde sterk. In meerderheid betrof het (winkel)diefstallen en inbraken. Een aanzienlijke groep, ongeveer één op de drie, had (ook) wel eens een overval/beroving (met geweld) gepleegd, veel minder jongeren vertoonden vandalistisch gedrag. Vier jongeren (drie jongens en een meisje) hadden een ernstig feit gepleegd met langdurige gevangenisstraf tot gevolg. Ze werden veroordeeld wegens poging tot doodslag, medeplichtigheid aan moord of deelname aan een schiet/steekpartij. Op het meisje na gebruikten ze overmatig harddrugs. In de groep van dertien jongeren die overmatig harddrugs gebruikten, hadden de meesten wel eens -som-

migen vaak- gestolen of ingebroken, vier dealden. In vier gevallen komt naast het criminele gedrag geen ander problematisch gedrag naar voren. Geen van deze vier gebruiken harddrugs.

Gedragsaspecten

Gedragsaspecten die verder regelmatig naar voren kwamen waren (vaak) agressiviteit, onhandelbaarheid, opstandigheid, promiscuïteit, pesten en provocerend en grensoverschrijdend gedrag.

Verder zien we in de casuïstische beschrijvingen ook veel internaliserend gedrag. Gevoelens van depressiviteit vermeldden zeven jongeren, op één na gebruikten al deze jongeren overmatig harddrugs (groep drie). Jongeren behorend tot deze groep van veelgebruikers brachten (ook) veelvuldig hun houding van onverschilligheid/gevoelloosheid, geslotenheid en achterdocht naar voren. Ook was regelmatig sprake van een weinig sterke persoonlijkheid, een laag zelfrespect, identiteitsproblemen en gemakkelijke beïnvloedbaarheid.

Begin en betekenis middelengebruik

Alcohol

Alcohol is een sociaal geaccepteerd middel dat de jongeren al op jonge leeftijd dronken, dikwijls al voor hun veertiende. Ze kregen het in familiekring aangeboden of het was op een feestje beschikbaar. Ze waren het vaak zelf al van plan of werden (daarbij) gestimuleerd door hun omgeving. Voor de meesten werd alcohol een belangrijk genotmiddel. Voor dit drinken geven velen sociale argumenten op (gezelligheid, vrijer en zelfverzekerder in de omgang). Voor een derde was (ook) de smaak een reden. Het aangeschoten zijn of een eventuele dronkenschap vonden sommigen geen vervelende bijkomstigheid. Zeven jongeren die overmatig harddrugs gebruikten, dronken om vervelende en sombere gevoelens te onderdrukken. De helft noemde als nadeel de kater die wel eens optrad na (flink) alcoholgebruik. Een enkele jongere heeft last van vergeetachtigheid als gevolg van alcoholgebruik. Een jongen is enkele keren agressief geworden van alcohol.

Cannabis

Op twee jongeren na gebruikten allen met regelmaat cannabis. Twee jongens namen hun eerste trekje op negen- of tienjarige leeftijd. De anderen waren de eerste keer ouder, maar meestal niet ouder dan veertien jaar. De eerste keer blowden ze met (oudere) vriendjes, schoolgenootjes of maatjes van de leeftijdsgroep; geen enkele keer gebruikten ze de eerste keer hasj of

weed in familiekring. Zo'n eerste keer had soms ook iets stiekems. De meeste jongeren waren nieuwsgierig, vonden het stoer. Slechts bij een enkeling was een persoonlijke gebeurtenis aanleiding voor het eerste gebruik. De eerste keer was niet altijd prettig.

Het gevoel van relaxedheid dat je bij hasj of weed krijgt, vonden de meesten heel aangenaam. De gevoelens van ontspanning - soms zelfs verdoving - en van onbezorgdheid waren redenen ermee door te gaan. Bijna de helft werd rustiger van cannabis, minder geprikkeld in de omgang. Ook onderdrukte de cannabis het opgefokte gevoel van cocaïne.

Eenvijfde van de regelmatige cannabisgebruikers ervoer de bewustzijnsverruimende werking van het middel als positief, met name het zwevende gevoel van high of stoned zijn.

Als onaangename gevolgen van cannabisgebruik noemde bijna de helft vermoeidheidsklachten en concentratiestoornissen. Verschillende jongeren hadden gemerkt dat ze voor 'hetzelfde ontspannen gevoel' steeds meer nodig hadden.

De sociale gevolgen uitten zich verschillend; geïrriteerdheid en prikkelbaarheid bij niet-gebruik, en teruggetrokken gedrag.

Ecstasy

Bijna de helft van de jongeren heeft ecstasypillen gebruikt. In bijna alle gevallen wilden ze het de eerste keer zelf proberen en waren ze niet overgehaald door anderen. Ze hadden het zelf gekocht - meestal op feesten - of gekregen van vrienden en schoolgenoten. Vier jongeren waren nog geen veertien toen ze voor het eerst een ecstasypil slikten. Soms bleek bij de eerste keer de onwetendheid over mogelijke effecten groot.

Het ecstasygebruik was vooral verbonden met feesten. Het gevoel van saamenhorigheid en de intensere gevoelens naar elkaar toe waren daarbij plezierig, evenals de energie die je erdoor krijgt, brengen verschillende jongeren naar voren. Ten slotte werden over het algemeen de hallucinaties als prettig (en grappig) ervaren.

Een gering aantal jongeren meldt onplezierige gevolgen na ecstasygebruik. Het after-gevoel uitte zich dan in vermoeidheid, nergens zin in hebben, een klammig gevoel op de huid, duizeligheid, weinig eetlust en slaapproblemen. In een enkel geval traden er klachten op na het slikken van een slechte pil (overdosis en misselijkheid). Een jongen zei dat hij na langdurig ecstasygebruik straatvrees had gekregen.

Speed

Vijf jongeren hebben gedurende langere tijd regelmatig speed gebruikt. De leeftijd waarop ze het voor de eerste keer namen liep sterk uiteen. De jongste was twaalf jaar; ze kreeg het op verzoek van een oudere vriend. Een jongen probeerde het de eerste keer in zijn eentje en werd verrast door de oppeppende werking. Hij is de hele avond wakker gebleven, hij was toen dertien. Het stimulerende en oppeppende effect van speed vonden de gebruikers belangwekkend, daardoor was het voor sommigen een belangrijke drijfveer om het (tijdens feesten) te gebruiken. De onplezierige gevolgen van speedgebruik waren in het algemeen specifiek, zoals afvallen, slapeloosheid, en vermoeidheid. Weinig geïnterviewden gebruikten het langdurig. Eén jongen vormde hierop een uitzondering bij hem traden een keer extreme vermoeidheidsklachten op.

Cocaïne

Bijna de helft van de jongeren heeft cocaïne gebruikt. Twee jongens waren de eerste keer nog geen veertien, beiden gingen om met vrienden die verslaafd waren en in ruime mate over cocaïne beschikten. De beginleeftijd van de tien anderen varieerde van zestien tot twintig jaar. Enkel onder hen hadden toen ook contacten met verslaafden en/of dealers.

De uitwerking de eerste keer maakte soms angstig. Ten minste de helft van de jongeren die regelmatig snuifcoke of basecoke namen, gaf het 'lekkere gevoel' op als reden om er mee door te gaan: je ziet volgens hen meer de leuke kant van de dingen, je hebt geen zorgen of problemen meer en het geeft je een gevoel van vrijheid. Voor een vrijwel even grote groep gaf de stimulerende werking van het middel de doorslag. Je krijgt (weer) energie, je blijft er lekker wakker bij en het pept je op zodat je weer van alles aan kunt. Enkel werden ook zelfverzekerder en dachten daardoor de hele wereld aan te kunnen. Bij het blijven gebruiken speelden sociale aspecten (samen gebruiken) bij een aantal ook een rol.

Het tental jongeren dat cocaïne (overmatig) gebruikte, bracht een gevarieerd lichamenklachtenpatroon naar voren, zoals hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, verminderde eetlust, gewrichtspijn, vermoeidheid en benauwdheid. Enkele jongeren noemden depressieve gevoelens. De korte werkingsduur samen met de behoefte meteen weer te nemen fokte een enkeling erg op. Eén meisje heeft een keer een overdosis gehad.

Voor drie jongens had het cocaïnegebruik grote sociale consequenties. Door verwaarlozing van anderen kwamen ze steeds meer in een isolement terecht.

Verschillende jongeren waren er erg uitgesproken over dat het middelengebruik (ongeacht het middel) hun problemen alleen maar had vergroot, in nuchtere conditie kwamen deze dubbel zo hard op hen af. Zes jongeren hadden dan last van depressieve gevoelens en drie - allen gebruikten overmatig harddrugs - hadden daarbij ook anhedonische klachten (verlies van bevrediging in gewoonlijk plezierige bezigheden).

Een meisje ervoer het als volgt:

“Na gebruik werd de klap steeds groter, de problemen die je al voelde zijn dan dubbel zo erg, ik was bang eraan onder door te gaan ... al je problemen komen tien keer zo hard aan als je nuchter bent ... ik zag geen leuke dingen meer, ik wilde gewoon dood, dat vond ik leuk.”

Menigeen benoemde de lichamelijke tol die het middelengebruik met zich meebracht. Chronische vermoeidheid trad op, de lichamelijke conditie ging achteruit, sporten was niet meer mogelijk, dit alles vaak mede veroorzaakt door het slechte slapen. Enkel noemden in algemene zin hun gebrek aan eetlust, met afvallen tot gevolg. De schoolprestaties gingen lijden onder het middelengebruik.

Op het sociale vlak noemde de helft van de jongeren die harddrugs gebruikten dat ze door het middelengebruik steeds meer afstand gingen nemen van de dagelijkse dingen, met een toenemende onverschilligheid en ongevoeligheid tot gevolg. De confrontatie met de realiteit werkte nieuw gebruik in de hand.

Een jongen formuleerde dit als volgt:

“Na een jaartje wist ik eigenlijk niet meer wat ik deed ... ik deed gewoon iets om coke te krijgen. En als ik dat had, dan ging ik weer cannabis en alcohol halen. En dat ging ik combineren met elkaar. Ik dacht, als ik maar gewoon even van de wereld ben, dan ben ik gewoon even ergens anders met mijn gedachten. Nu denk ik, ik was me eigenlijk gewoon aan het kapot maken, van binnen en van buiten.”

Een enkeling raakte zo verstrikt in zijn problemen dat hij onvermogen ervoer om zijn gevoelens te uiten dan wel geen enkele behoefte meer had aan contact. Een snelle geneigdheid tot ruzie deed zich bij ongeveer de helft voor, gedrag dat ze van zichzelf vaak niet kenden. Verschillende jongeren vertellen dat ze ooit zeer stellig waren geweest nooit drugs te gebruiken.

Ten minste driekwart van de 23 jongeren ging 'wel eens' tot 'vaak' uit en consumeerde tijdens het uitgaan ook alcohol en/of drugs. Voor de onderscheiden groepen naar middelengebruik was dit respectievelijk drie van de zeven die alleen alcohol/softdrugs gebruikten, alle drie die ook harddrugs gebruikten en twaalf van de dertien die overmatig harddrugs gebruikten. Elf jongeren noemden één of meer soorten harddrugs die

ze (ook) tijdens het uitgaan namen. Vijf jongeren (allen groep drie) vermeldten daarbij dat ze deze harddrug(s) tijdens het uitgaan voor het eerst hadden gebruikt.

Bijna de helft van de jongeren heeft zich eigenlijk nooit zorgen gemaakt over het middelengebruik. Het maakt daarbij weinig uit of ze alleen alcohol en softdrugs gebruikten of (ook) harddrugs. Twee jongens bekommerden zich nooit over hun druggebruik, maar denken daar nu heel anders over.

De bezorgdheid om het middelengebruik was er in de kring van intimi van de jongere veel meer. Bij bijna alle jongeren waren er wel mensen in hun naaste omgeving die zich ongerust toonden en die waarschuwden. Behalve ouders en opvoeders waren het broers en zussen, vrienden en vriendinnen en soms ook een bevriende verslaafde, die de risico's voorzagen.

Bij vier jongeren - geen van hen gebruikte harddrugs - ging het middelengebruik hun budget niet te boven. Vijf anderen kwamen evenmin in financiële problemen omdat zij zelf of een bekende hasj of weed kweekten, of omdat ze van vrienden drugs kregen (die dealden). De anderen, een kleine meerderheid, kwamen wel in financiële problemen. Enkele ouders sprongen bij of leenden geld, maar dat bleek niet toereikend. De jongeren kregen schulden en de meesten gingen over tot het plegen van vermogensdelicten. Een enkeling ging (ook) zelf dealen of de prostitutie in.

Verband middelengebruik en (gedrags)problematiek?

Aan de jongeren is gevraagd het middelengebruik en (ander) voorkomend probleemgedrag aan elkaar te relateren. In hoeverre zag de respondent zelf een verband? Met behulp van een tijdbalk werd de chronologische opeenvolging besproken en de mogelijke functionele verbanden tussen het een en het ander.

Theoretisch kunnen zich een viertal mogelijkheden voordoen (9).

- Geen verband.

In vier gevallen (gemiddeld 15,5 jaar oud) bleek uit de beschrijvingen geen (duidelijke) relatie tussen het middelengebruik en (ander) probleemgedrag. Op een uitzondering na gebruikten ze uitsluitend alcohol en/of softdrugs.

- Probleemgedrag/situatie leidt tot riskant middelengebruik.

Bij vijf jongeren (gemiddeld 18,5 jaar oud) leek het middelengebruik niet echt tot nieuwe problemen te leiden, maar het werd wel voorafgegaan door

een problematische situatie en/of probleemgedrag die de jongere zelf met het (begin van het) middelengebruik in relatie bracht.

Drie van de vijf jongeren behoorden tot groep één (alleen alcohol/softdrugs), de andere twee tot groep drie (overmatig harddrugs).

- Riskant middelengebruik leidt tot probleemgedrag.

De situatie waarbij zonder aanwijsbare redenen riskant middelengebruik optrad, met ander probleemgedrag daaropvolgend, is niet vastgesteld.

- Wederzijdse versterkende invloed.

Alle andere gevallen (gemiddeld 18,5 jaar oud) laten een wederkerig effect zien van gebruik en problemen.

Eén jongen gebruikte alleen alcohol/softdrugs, de andere dertien (ook) harddrugs.

Hiervan volgen drie voorbeelden.

Een jongen, wiens ouders verslaafd waren, had als kind aandachtsstoornissen. Hij leefde ook vanwege een ongelukkige thuissituatie regelmatig op straat en spijbelde veel. Hij ging veel cocaïne gebruiken na de dood van zijn vader. Het onderdrukte zijn verdrietige gevoelens (*'verloren gevoel'*), maar hij wist tegelijkertijd met zijn verslaafde vader als concreet voorbeeld, dat hij hiervoor juist geen middelen moest nemen. Hij wist niet hoe hij zijn situatie moest oplossen. Schaamtegevoelens kregen de overhand. Hij gedroeg zich grenzeloos, kwam in het 'drugswereldje' terecht en vertoonde steeds meer crimineel gedrag waardoor hij regelmatig vast kwam te zitten.

Een jonge vrouw is op jonge leeftijd seksueel misbruikt. Ze accepteerde zichzelf niet. Met drugs voelde ze zich sterker, meer verbonden en vergat ze haar problemen. Maar het leidde tot andere problemen. Haar gedrag werd agressiever; ze ging spijbelen. Ze kwam in een onechte wereld van liegen, stelen, dealen en tuppelen. Het maakte haar schijnbaar onverschillig maar ook depressief. Ze raakte verslaafd (o.a. overdosis).

Een jongen was lange tijd een gelegenhedengebruiker. Hij bleek verrast over de verslavende werking van cocaïne. Het bracht hem in geldproblemen zodat hij (weer) ging stelen, naar het voorbeeld van zijn vader. Zijn agressieve gedrag nam toe, mede door de cocaïne. Hij raakte werkloos, zijn relatie liep stuk en de delicten werden ernstiger. Hiervoor zit hij nu vast.

Interventies

Een kleine twintig jongeren hebben desgevraagd uitspraken gedaan over succesvolle en falende interventies. De jongeren kregen de vraag terug te kijken op hun persoonlijke ontwikkeling, hun huidige situatie daarbij te betrekken, en te beoordelen welke interventies als 'oplossing' van hun problemen (inclusief het middelengebruik) bij hen goed werk(t)en, of juist slecht (zoals belonen en straffen).

Op de vraag 'Wat werkt(e) bij jou goed?' hebben negentien jongeren geantwoord. Verschillende jongeren beleven de hen opgelegde gevangenisstraf (ook) als een positieve interventie: het heeft erger voorkomen, het bleek een rustpunt of het werkte beschermend. De begeleiding, nu of in het verleden, benoemen ze ook regelmatig als goed werkend. De vertrouwensband met de begeleider was daarbij van belang en sommigen noemden concrete aspecten (leren accepteren dat de dingen zo zijn gelopen als ze zijn gelopen) in hun persoonlijke ontwikkeling die ze hadden geleerd. Regelmatig kwam ook de wijze van straffen en het aanreiken van structuur naar voren. Het 'blind' verbieden werkte niet, wel met uitleg hoe het anders kon, met meer verantwoordelijkheid. Op de complementaire vraag 'Wat werkt(e) bij jou slecht?' gaven zeventien jongeren antwoord. Denigrend straffen, dwingen en schreeuwen werkte bij velen niet. Verder brachten enkelen naar voren dat hulp waar ze zelf niet voor hadden gekozen, of wel met de verkeerde motivatie (strafvermindering), slecht werkte.

Bespreking

Met 23 jongeren in begeleiding hebben in 2002 uitgebreide gesprekken plaatsgevonden over hun alcohol- en/of druggebruik in relatie tot hun gedragsproblemen. De jeugdige gebruikers waren gerekruteerd uit vier circuits. De diepte-interviews stelden hoge eisen aan de jongere, zoals zelfinzicht en de mogelijkheid de eigen situatie te overzien. Het resultaat was - zeker bij de jongsten onder hen - afhankelijk van de openheid van de respondenten en de vaardigheid dit onder woorden te brengen. Aan de 23 geïnterviewde jonge mensen is gevraagd te antwoorden vanuit hun persoonlijk perspectief. Daarbij kan niet worden uitgesloten dat ze hebben gereageerd (bijvoorbeeld bij vragen over de band met hun ouders, en over een relatie tussen problemen en middelengebruik) vanuit de situatie zoals ze het nu (willen) zien en beleven. De persoonlijke ontwikkeling van de jongere en de situaties die zich later in de tijd hebben voorgedaan, kunnen gebeurtenissen in het verleden anders kleuren. Dit is

onvermijdelijk bij retrospectief onderzoek. Deze kans is nog groter bij mensen in therapie, die leren met retrospectie naar eigen handelen en gebeurtenissen te kijken.

Ondanks deze beperking en de reeds onderkende begrenzing van de onderzoeksgroep (mist jongeren met ernstige problematiek in een te kwetsbare situatie) laten de uitkomsten van de gesprekken informatieve casuïstiek zien van het vóórkomen van middelengebruik in relatie tot gedragsproblematiek en in probleemsituaties. In veel verhalen vallen de veelheid, ernst en verwevenheid van problemen op. Twee van de drie respondenten gebruikten harddrugs. Velen noemden elementen voor een ongunstige start, met weinig goede emotionele en sociale ontplooiingskansen (zoals een verslaafde ouder, een verstoorde hechting en het voortijdig van school gaan), soms verergerd door traumatische gebeurtenissen. Verschillende geïnterviewde jonge mensen vertoonden - mede hierdoor - niet-getolereerd geëxternaliseerd gedrag (van impulsief gedrag tot delinquent gedrag). Anderen presenteerden weer meer geïnternaliseerde gedragsproblematiek (zoals depressieve gevoelens). De psychosociale/emotionele conditie van de jongere lijkt vaak een risicofactor te zijn geweest voor het riskante middelengebruik: ten minste ging die er aan vooraf of intensiverde die het gebruik, en de jongere legde zelf het verband. In veel gevallen deed het middelengebruik de bestaande psychosociale en psycho-emotionele problemen verergeren en deden deze problemen het alcohol- en/of druggebruik op hun beurt weer toenemen, zodat de kansen op verbetering werden verkleind. Verschillende jongeren vertelden over periodes waarin ze zichzelf slecht konden accepteren. Ook vertoonde een deel van de respondenten een beperkt probleemoplossend vermogen. In enkele gevallen schenen ze dusdanig vervlochten met een probleemsituatie dat ze ontsnapping zochten in een conditie van 'wezenloze verstrooiing' door (bovenmatig) middelengebruik. Daarbij brachten enkele jongeren zelf naar voren dat het erg onverstandig was geweest er zo 'in door te schieten' en dat ze er nu spijt van hadden. Een enkele andere met grensoverschrijdend (delinquent) gedrag behield een onaantastbare, laconieke houding.

Een groot deel van de groep geïnterviewde jongeren heeft een problematische achtergrond met een slechte relatie met (stief)ouders en afgebroken opleidingen, waarbij het middelengebruik voor hun situatie ongunstig is geweest. Dit laatste kan zowel gelden voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, als ook voor

hun mogelijkheden tot een gewaardeerde en bevredigende sociale participatie.

De uitkomsten van het onderzoek vestigen de aandacht op het mogelijke risico dat jongeren lopen bij bovenmatig drankgebruik en gebruik van soft- en harddrugs. Dat geldt in het bijzonder voor jongeren met psycho-sociale en psycho-emotionele problemen. Nu naast alcohol, ook drugs steeds meer binnen het bereik van jonge mensen komen, is een hoogrisicogroep zoals in dit onderzoek beschreven hiervoor extra kwetsbaar. Druggebruik onder scholieren of uitgaanders is geen zeldzaamheid meer. Ook Haagse cijfers laten dit zien. In het peilstationonderzoek van het Trimbos-instituut in 1999 bleek eentiende van de Haagse middelbare schooljeugd in de afgelopen maand cannabis te hebben gebruikt (10). En uit recent onderzoek onder uitgaanders in Den Haag kwam naar voren dat ongeveer een vijfde van hen in de afgelopen maand harddrugs had gebruikt (11). Uitgaan behoort steeds meer tot de leefgewoonten van jongeren: ten minste één keer per maand bezoekt ruim de helft van de jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 24 jaar een dans- of discoavond (12).

Vanuit het oogpunt van preventie vragen jongeren met een risicoprofiel extra aandacht. Het drugsagentschap in Lissabon van de Europese Unie pleitte onlangs nog voor het terugdringen van het druggebruik van jonge mensen en wil meer investeren in preventie onder diegenen van wie bekend is dat zij het kwetsbaarst zijn en het meest intensief alcohol en drugs gebruiken (13).

Diverse preventieprojecten beogen problemen in verband met middelengebruik te voorkomen door naast kennisoverdracht, het zelfrespect en probleemoplossend vermogen van (potentiële) jeugdige gebruikers te vergroten, en hen te leren op effectieve wijze om te gaan met risicosituaties. De trainingsprogramma's hebben het meeste effect wanneer ze aansluiten bij de werkelijkheid van de jongeren (sociale omgeving en betekenisverlening van het gebruik) en het risicogedrag bespreekbaar maken. Verschillende benaderingswijzen zijn mogelijk om (risico)jongeren te bereiken. Nederland kent het school-preventieprogramma 'De gezonde school en genotmiddelen', een lessenspakket dat op bijna driekwart van de scholen voor voortgezet onderwijs wordt gegeven. Tot op heden is dit nog beperkt op effectiviteit onderzocht (14). Gezinsgerichte preventieprogramma's gericht op hoogrisicogroepen kennen in Nederland nog maar een korte traditie. Afgelopen jaar is het peer-education project in

Den Haag gestart. Op party's geven leden van het team - samen met professionele preventiefunctionarissen - uitgaanders op vrijwillige basis voorlichting over drugs (11).

Ook in de hulpverlening is het van belang om risicogroepen apart op middelengebruik te screenen. Al te makkelijk kan middelengebruik bij andere psychosociale problematiek onopgemerkt blijven. Binnen de jeugdhulpverlening en de jeugd-GGZ is druggebruik in veel gevallen een contra-indicatie voor behandeling. Wanneer van gebruik sprake blijkt en dit de behandeling zou kunnen schaden, wordt de jongere (eerst) verwezen naar een verslavingsprogramma voor jeugdige gebruikers. Een eventueel bijkomende beginnende psychiatrische stoornis is daarbij dan geen contra-indicatie.

Wanneer het middelengebruik minder duidelijk is kan daar uiteraard niet adequaat op worden gereageerd. Bij gedragsproblemen, bijvoorbeeld bij ADHD, is ook bekendheid van experimenteel gebruik van belang (15). Sinds kort wordt - vooralsnog bij wijze van pilot - in Den Haag een korte screeningstest over middelengebruik afgenomen bij jongeren die zich aanmelden bij de jeugdzorg. Op deze wijze vindt vroegdiagnostiek van middelengebruik plaats. Indien bij de hulpverleners daaraan behoefte bestaat zijn er in Den Haag - eveneens sinds kort en als proef - faciliteiten om in een vroeg stadium een verslavingsdeskundige te consulteren.

De jeugdreclassering krijgt ook regelmatig met verslavingsproblematiek te maken. Reden waarom jongeren vaak met het vooruitzicht van vermindering van straf een begeleidingstraject van de verslavingsreclassering krijgen aangeboden. Vermindering van straf vormt dikwijls de beweegreden van de jongere om dit programma te volgen. Na vrijlating is de kans op terugval tot middelengebruik groot. Onder andere emotionele spanningen die na vrijlating kunnen optreden in (nieuwe) probleemsituaties leiden bij ex-gebruikers gemakkelijk tot een 'gewoonte' reactie - in dit geval tot middelengebruik - zeker wanneer het middel voorhanden is. Training om met dit risico op terugval na vrijlating om te gaan en begeleidingstrajecten die afgestemd zijn op de therapeutische behoeften van de gedetineerden (ook buiten de gevangenis), kunnen de kans op zo'n terugval verkleinen. Binnen de muren van de gevangenis blijkt de situatie eveneens risicovol. Drugs zijn, ondanks een verbod hierop, regelmatig beschikbaar.

Naast doelgroepgerichte preventie, screening en begeleiding in de hulpverlening is alertheid vanuit de

directe sociale omgeving, zoals ouders, vrienden of docenten op bovenmatig drinken en gebruik van soft- en/of harddrugs van groot belang. Vaak signaleren zij het genotmiddelengebruik en maken zij zich zorgen. Dit geldt voor jongeren in het algemeen maar zeker voor jongeren met gedragsproblemen en in probleemsituaties, zoals ook uit onderhavig onderzoek blijkt. Vroegsignalering op scholen en in gezinnen kan eerder voorkómen waarbij naleving van regels op scholen en voorbeeldgedrag van ouders eveneens van grote betekenis zijn. Grootschalige campagnes, discussie- en informatieve programma's op de televisie en speciaal daarvoor ontwikkelde internetsites (zoals www.drugsweb.nl en www.alcoholpreventie.nl) kunnen een steuntje in de rug vormen om de preventie op een hoger plan te tillen.

Literatuur:

1. Bui KVT, Ellickson PL en Bell RM. Cross lagged relationships among adolescent problem drug use, delinquent behavior, and emotional distress. *Journal of Drug Issues* 2000; 30: 283-304.
2. Brommet P, Burger I en Hendriks V. Onderzoek "Jeugdige Gebruikers in Beeld". Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie Verslavingsproblematiek. Den Haag, oktober 1999.
3. Burger I en Struben HWA. Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995. Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie Verslavingsproblematiek. Den Haag, maart 2001.
4. Stam H, Mensink C en Zwart WM de. Jeugd en Riskant gedrag 1997: roken, drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten. Trimbos-instituut. Utrecht 1998.
5. Newcomb MB, Scheier LM en Bentler PM. Effects of adolescent drug use on adult mental health: a prospective study of a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1993; 1: 215-41.
6. Windle M. A longitudinal study of antisocial behavior in early adolescence as predictors of late adolescent substance use: gender and ethnic group differences. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 99: 86-91.
7. Burger I en Helsen MJE. Alcohol- en druggebruik en problematisch gedrag bij jongeren in de hulpverlening. Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie Verslavingsproblematiek. Den Haag, januari 2004.
8. Zeitlin H. Drug use and young people: why is co-morbidity research so important (editorial)? *Addiction* 2000; 95 nr 11: 1619-20.
9. Overbeek G, Vollebergh W, Meeus W e.a. Course, co-occurrence, and longitudinal associations of emotional disturbance and delinquency from adolescence to young adulthood: a six-year three-wave study. *Journal of Youth and Adolescence* 2001; 30: 401-26.
10. Berns MPH, Gelton AJM, Zwartendijk-Schats MATW en Middelkoop BJC. Genotmiddelengebruik onder middelbare scholieren in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 2001; 36 nr. 3:15-21.
11. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie Verslavingsproblematiek Den Haag. Den Haag, april 2003.
12. Cijfers en feiten. Landelijke Jeugdmonitor. Centraal Bureau voor de Statistiek en het Sociaal Cultureel Planbureau. Voorburg/Heerlen, 2002.
13. Jaarverslag 2003 Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugverslaving (EWDD). Lissabon, oktober 2003.
14. Cuijpers P. De effecten van preventieve interventies gericht op genotmiddelengebruik. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147 nr 27: 1305-8.
15. Zeelenberg S. ADHD bij verslaving: symposiumverslag, 10 april 2003. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2003, nr 9: 868-71.

Plein 2013: de toekomst van gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio

C. J. Kruijthof

Bezoekt u in 2013 de medisch specialist omdat uw DNA gerepareerd moet worden? Staat u maandenlang op een wachtlijst voor een simpele ingreep? Of heeft u een zeldzame afwijking en moet u een beroep doen op het 'solidariteitsfonds', omdat uw verzekering de kosten nauwelijks blijkt te vergoeden?

Het Medisch Centrum Haaglanden (MCH), in 1998 voortgekomen uit de fusie tussen het Westeinde Ziekenhuis en Ziekenhuis Antoniusshove, vierde in 2003 zijn eerste lustrum. De eerste vijf MCH-jaren vielen in een roerige tijd. De gezondheidszorg kreeg een slechter imago en leek een tobberige sector te worden. (Het themanummer van het Epidemiologisch Bulletin, 'Actuele knelpunten in de Haagse gezondheidszorg in het licht van moderne maatschappelijke tendensen', uitgebracht in 2001, gaf een adequaat beeld van deze periode.) Om uit de moedeloze sfeer van het heden te komen, richtte het MCH ter gelegenheid van het lustrum de blik op de toekomst van de Groot-Haagse gezondheidszorg.

Daartoe hebben we in de loop van 2003 zes ontmoetingen georganiseerd, met steeds een zeer gevarieerde deelnemerspopulatie, bestaand uit patiënten, artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners, beleidsmedewerkers, leidinggevenden, bestuurders, politici en onderzoekers. Omdat de toekomst van gezondheidszorg nauw samenhangt met de manier waarop burgers met gezondheid omgaan en hoe zij voor elkaar zorgen, nodigden we ook mensen uit van buiten de gezondheidszorg, uit het welzijnswerk, onderwijs en de politie. Deze brede samenstelling van de deelnemersgroep leidde tot ontmoetingen tussen mensen die in het dagelijks leven weinig gelegenheid hebben om samen stil te staan bij de toekomst van de gezondheidszorg, maar die zich wel samen betrokken bleken te voelen. Dankzij deze betrokkenheid en inbreng tekenden zich gaandeweg de bijeenkomsten steeds duidelijker toekomstbeelden af van de gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio. Dit artikel geeft een beeld van wat er gebeurde bij de ontmoetingen op Plein 2013. Hoe zou de toekomst er uit kunnen zien en hoe kunnen we daar op anticiperen?

De ontmoetingen op Plein 2013

We organiseerden de serie ontmoetingen met een team van elf mensen, van binnen en buiten het Medisch Centrum Haaglanden. Gebruikmakend van het netwerk van het team, werden er veertig mensen op persoonlijke titel uitgenodigd voor de eerste ontmoeting. De uitnodiging benadrukte dat het bij deelname niet ging om politieke of bestuurlijke belangen, maar juist om individuele betrokkenheid (zie kader).

Uit de uitnodiging:

"Tijdens de bijeenkomsten van Plein 2013 gaan wij na welke ontwikkelingen in de regio belangrijk zijn voor de behoeften en wensen van zorggebruikers in 2013 en wat wij kunnen en moeten doen om daaraan tegemoet te komen. Voor de bijeenkomsten nodigen wij mensen uit op persoonlijke titel. We vragen de deelnemers hun huidige belangen even te vergeten om vanuit hun eigen kennis, ervaring en betrokkenheid een gezamenlijke regionale toekomst in beeld te brengen."

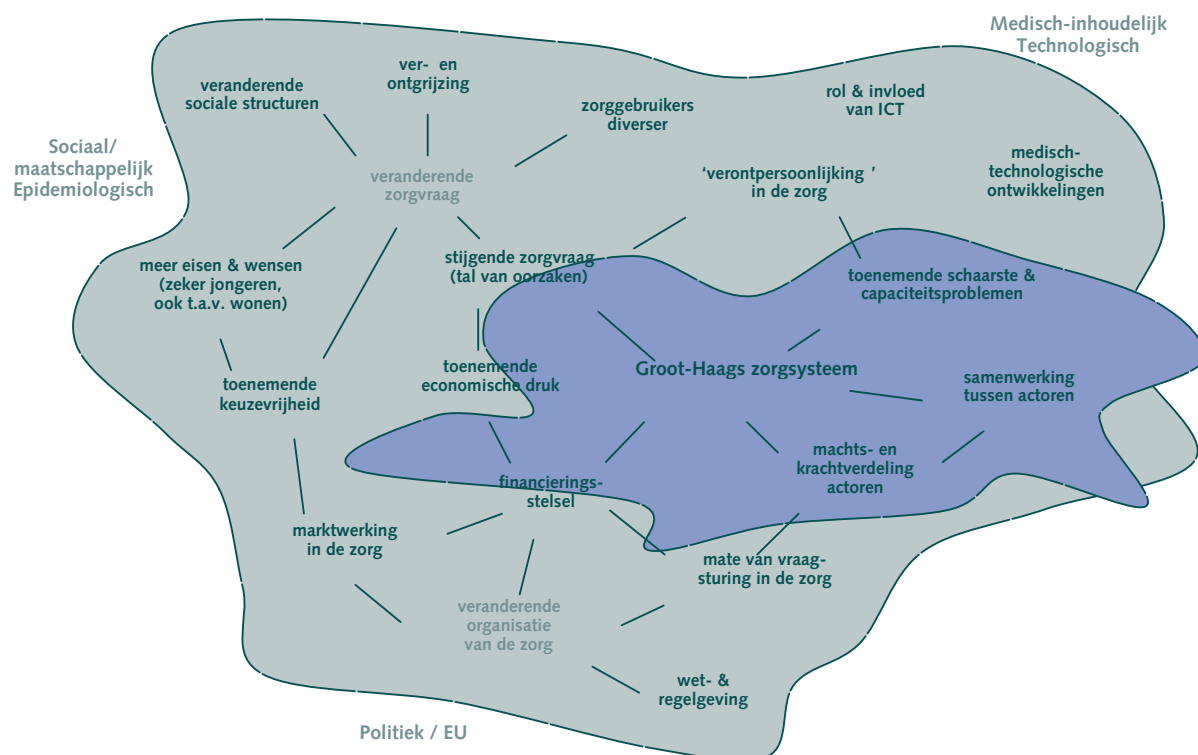
Omdat actieve deelname centraal stond, werkten we in elke bijeenkomst vanuit concrete vragen, ervaringen en casuïstiek.

De eerste bijeenkomst startte met korte inleidingen over epidemiologie, demografie, ouderenbeleid en interculturele gezondheidszorg. Daarna vroegen we de deelnemers antwoord te geven op deze algemene vraag: 'Wat komt er op ons af?'. De antwoorden bleken uiteen te vallen in drie, gedeeltelijk overlappende gebieden (figuur 1):

- * veranderingen in de zorgvraag door sociaal-maatschappelijke en epidemiologische ontwikkelingen;
- * veranderingen in het zorgaanbod door medisch en verpleegkundig inhoudelijke en technologische veranderingen;
- * veranderingen in de organisatie van de zorg door politieke keuzes in Nederland en in Europa en met name door veranderingen in de financiering van gezondheidszorg.

Figuur 1

Ontwikkelingen die op ons af komen



Naar aanleiding van deze eerste inventarisatie organiseerden we op Plein 2013 vier vervolgbijeenkomsten over de volgende thema's:

- diversiteit van de populatie (mogelijke) zorgvragers;
- diversiteit van de zorgvraag van deze populatie;
- medische, verpleegkundige en technologische ontwikkelingen;
- politiek-bestuurlijke en organisatorische context van de gezondheidszorg.

Voor elke themabijeenkomst, steeds op een andere lokatie, benaderden we ongeveer twintig mensen, opnieuw op persoonlijke titel en om uiteenlopende redenen van betrokkenheid: van patiënten tot politici. Elke bijeenkomst had een vergelijkbare opbouw. Eerst werd met behulp van figuur 1 uiteengezet welke relatie de ontmoeting had met de rest van de bijeenkomstenserie. Vervolgens inventariseerden de deelnemers in kleinere groepen de toekomstige ontwikkelingen in het thema. De inventarisaties werden plenair besproken en gerubriceerd. Deelnemers illustreerden de ontwikkelingen met concrete voorbeelden van

trends en casuïstiek. De opzet van de themabijeenkomsten is in het kader weergegeven.

Startpunten themabijeenkomsten:

Systeemperspectief: het Groot-Haags zorgsysteem

Functies: in kaart brengen van thema: aard & implicaties; genereren cases & inzichten voor eindconferentie; bij elkaar brengen en combineren van inzichten van verschillende actoren.

Opzet: een lerende aanpak die de aanwezige diversiteit aan perspectieven benut om gezamenlijke inzichten te verdiepen en de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio te verkennen.

Aard:	putten uit concrete ervaringen en vertalen in algemene inzichten over de wijze waarop het zorgsysteem omgaat en kan gaan met de ontwikkelingen.
Proces:	met elkaar beter begrijpen wat op ons afkomt; dialoog, geen discussie; luisteren naar elkaar; niet alle spreektijd claimen; doorvragen naar betekenis; voortbouwen op elkaars inzichten.

In totaal namen ruim honderd mensen deel aan de startconferentie en de vier themabijeenkomsten. De zesde bijeenkomst was de slotconferentie. Daar spraken ongeveer honderd mensen (gedeeltelijk al eerder deelnemer, gedeeltelijk nieuw) met elkaar over de toekomstschetsen die op basis van de vijf voorgaande ontmoetingen op Plein 2013 waren ontworpen.

Hoe zou de toekomst er uit kunnen zien?

De toekomst van de gezondheidszorg wordt niet begrensd door ontwikkelingen in de sector zelf, zoals figuur 1 duidelijk laat zien. De sector is een afspiegeling van de maatschappij en daarom zullen veel verschillende ontwikkelingen van invloed zijn op vraag en aanbod in de gezondheidszorg van 2013. Wanneer bijvoorbeeld de Groot-Haagse bevolking in 2013 in veel wijken een hechte sociale samenhang vertoont

met sterke familieverbanden, zal dat gunstig zijn voor de beschikbaarheid van mantelzorg. Wanneer die sociale verbanden echter zwakker zijn en individualisme dominant aanwezig is in de samenleving, zullen mensen bij ziekte of ongemak sneller een beroep doen op het zorgsysteem.

In de bijeenkomsten van Plein 2013 benoemden de deelnemers dergelijke factoren: factoren waarvan we weten dat ze van invloed zullen zijn, maar waarvan we nu nog niet weten hoe ze er precies uit zullen zien. De belangrijkste factoren worden weergegeven in figuur 2.

Op basis van deze factoren konden we een aantal toekomstbeelden creëren die op de slotconferentie de opmaat vormden voor een nieuwe inventarisatie: hoe kunnen we in de Groot-Haagse regio omgaan met wat er op ons af komt? Welke 'extreme polen' wensen we bij de verschillende factoren? Welke ontwikkelingen willen we ondersteunen en welke moeten worden geremd? En ook: hoe kunnen we anticiperen op min of meer autonome ontwikkelingen? Om deze vragen concreet te maken zijn de factoren verwerkt in onderstaande drie toekomstschetsen. In elke schets zijn verschillende mogelijkheden en dilemma's uitgewerkt, die in de toekomst van de Groot-Haagse gezondheidszorg kunnen optreden. Door zich tijdens de slotconferentie in te leven in deze schetsen waren de deelnemers beter in staat te zien welke problematiek in de toekomst kan verergeren of ontstaan.

Een regisseur/tekstschrijver verwerkte vervolgens de toekomstschetsen in drie toneelstukjes die tijdens de slotconferentie werden opgevoerd. De voorbeelden bij elke toekomstschets zijn afkomstig uit de toneelteksten.

Figuur 2

Factoren die van invloed zijn op gezondheidszorg in 2013

Factor	Extreme polen	
Sociale samenhang	fragmentatie familie en sociaal netwerk	hechte familie en sociaal netwerk
Attitude zorgvragers	veeleisend en claimend	volgzaam en vertrouwend
Snelheid medisch-technische ontwikkelingen	explosie	gestage ontwikkeling
Houding overheid en politiek	vrijheid	overheidssturing
Rol van ICT	omvangrijke toepassing ICT	ICT minimaal
Oriëntatie van zorgaanbieders	ondernemerschap floreert	reactieve gezondheidszorg
Samenwerking in zorg	samenwerking in zorgketens	fragmentatie en overlap
Verschillen tussen zorgvragers (gedeeltelijk een resultante van andere factoren)	tweedeling in zorggebruik en toegankelijkheid	gezondheidszorg voor iedereen even toegankelijk



De roze wolk

Patiënt A vertelt de dokter net over zijn optimale DNA dat op één onderdeel gerepareerd moet worden, als patiënt B luid kuchend opkomt. Zij blijkt een *rokershoest* te hebben. Patiënt A is verbijsterd: "Maar ik snap al helemaal niet dat een mens nog kan roken. Je weet toch hoe slecht dat voor je is. Je gaat je eigen lijf toch niet vergiftigen. Dan ben je toch dom bezig. En je moet er nog een hoop geld voor over hebben ook. Want als roker betaal je weet ik hoeveel meer voor je verzekering. Maar dat is hun eigen probleem, hadden ze maar beter moeten nadenken."

Dit is een schets van grote zelfverantwoordelijkheid, zorgen voor jezelf. Aanvankelijk lijkt het er hier mooi uit te zien. De meeste mensen roken niet meer, eten gezond, sporten en leven bewust. Ze vallen dokters en ziekenhuizen niet zomaar lastig, want ze weten de weg op het Internet om adviezen te vinden en ze zijn op de hoogte van risico's die ze (bijvoorbeeld erfelijk) lopen. Maar de roze wolk heeft schaduwzijden. Mensen nemen verantwoordelijkheid voor zichzelf, maar niet voor elkaar. De grenzen van zelfredzaamheid zijn scherp, er ontstaat een tweedeling tussen 'alwetende gezonden' en 'onwetende haperenden'. De 'alwetende gezonden' bewaken hun gezondheid en plukken de vruchten van de explosie van diagnostiek, van genetica tot total body scan. Bij hen overheerst een gevoel van maakbaarheid van lijf en leden. Maar de huisartsen, waar de 'haperenden' nog terecht kunnen, hebben uitpuilende wachtkamers.

Je verzekeringspremie heb je voor een deel zelf in de hand: bij gezond gedrag een lagere premie dan wanneer je ervoor kiest ongezond te leven. De zwakkeren, die nu eenmaal zo slap zijn om te blijven roken, drinken, snoepen, luiëren, enzovoort, moeten meer premie betalen. Door de oplopende kosten en een politiek klimaat dat zelfverantwoordelijkheid benadrukt,

brokkelt het ziekenfondspakket verder af terwijl de premies nog verder stijgen. Degenen die geen premies kunnen of willen betalen, moeten genoegen nemen met behandeling in één van de basisklinieken.

De grote verstopping

De patiënte in het ziekenhuis wil écht een dokter spreken over de uitslagen van het onderzoek, die zij per e-mail al heeft ontvangen. Dat is volgens de doktersassistente, die tussen de telefoontjes door moet discussiëren, echt niet nodig: "Ik heb hier geen arts voor u klaar staan om uw e-mail voor te lezen. U kunt hooguit een afspraak met een arts maken voor over een paar maanden. Maar als u zonodig een arts wilt spreken, kunt u het beste met een huisarts afspreken. Via Internet ziet u bij welke huisarts u het snelst terecht kunt. Maar die kan u net zo veel vertellen als ik: 'U mankeert niets'. Goedemiddag."

Als de overheid zich terugtrekt terwijl de economie jaar na jaar stagneert, komen welzijnsproblemen meer en meer bij de gezondheidszorg terecht; iedereen wordt daar geholpen, de zorg is het putje van de maatschappij geworden. Voor alles bezoekt men dokters of de groeiende groep alternatieve geneeswijzers. Huisartsen zijn verworpen tot de vergaarbak die je bij iedere klacht kunt raadplegen, desnoods telefonisch of per e-mail.

Velen ontberen zelfverantwoordelijkheid en zijn veel-eisend en assertief. Maar het inzicht van het publiek in de kwaliteit van zorg is oppervlakkig, anekdotisch en gericht op incidenten. Het leidt bij zorgverleners tot defensief kwaliteitsdenken en doorgeschoten protocollaire werken. Eén van de gevolgen is dat slechts weinigen overconsumptie van de zorg en de nadelen die dat met zich meebrengt, aan de kaak stellen.

De selectieve en ongenueanceerde berichtgeving in de media over ontsporingen in de gezondheidszorg leidt tot een overheid die ad hoc interenieert en na elk uitvergroot incident met nieuwe maatregelen en richtlijnen komt. De zorg voelt zich klem gezet tussen vragers, overheid en financiers. De verzekeraars zijn uitermate kritisch op alles wat veel geld kost, ook zij zitten klem tussen hun inkomsten en de alsmaar stijgende individuele zorguitgaven. Dit is een wereld vol zorg!

Handel & wandel

Een winkelend echtpaar wordt aangesproken door de zorgmakelaar die zijn interessante verzekeringspakket aantrekkelijk aanbiedt. Mevrouw is bang dat

eventuele extra's hartstikke duur zullen zijn, maar de makelaar wil dat nuanceren: "Nou, hartstikke duur, hartstikke duur. Alles heeft natuurlijk wel zijn prijs/kwaliteit-verhouding. Maar had ik u al verteld dat wij dependances hebben in onder andere België en Spanje, waar u uw behandeling kunt combineren met een heerlijke vakantie. Wat dacht u bijvoorbeeld van zon, zee en een nieuwe neus in één?"

Patiënten zijn klanten geworden, klanten van zorgdiensten die zorgarrangementen, gezondheidsinformatie en adviezen inkopen. Natuurlijk zijn we veeleisend, daar betalen we voor. We hebben onze eigen individuele elektronische medische dossiers en kunnen die 24 uur per dag via Internet inzien en voorleggen voor een second opinion of advies aan een andere dokter (die zich overal ter wereld kan bevinden). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormen allianties om klanten naar zich toe te trekken. De trade-offs tussen premie en gezondheid zijn duidelijk: risicogedrag is duurder, gezond leven levert korting op. Verzeke-



raars mogen ons aan voorspellend onderzoek onderwerpen om daarmee onze individuele gezondheidsrisico's in te schatten. Databestanden worden steeds nauwkeuriger geanalyseerd en er vindt steeds meer wetenschappelijk onderzoek plaats onder grote groepen mensen. De druk op ontwikkeling van medische technologie is groot en academische ziekenhuizen werken nauw samen en vormen allianties met andere

Figuur 3

Voorbeelden van resultaten slotconferentie: mogelijke aanpak van dilemma's

- **Hoe kunnen we de toegankelijkheid en uitwisseling van informatie over patiënten efficiënter maken?**
 1. iedereen haar/zijn eigen (elektronisch) zorgdossier; patiënt is eigenaar en mede-auteur;
 2. landelijk zorgnummer per persoon;
 3. iris-identificatie;
 4. contractueel vastgelegde code voor toegang tot informatie;
 5. medische terminologie omzetten in leken taal;
 6. taalgebruik in dossier afgestemd op openheid.
- **Hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen niet met al hun problemen hun heil zoeken in de gezondheidszorg?**
 1. scholing van ouders (moeders met name);
 2. opvoeden hulpverleners; grenzen stellen hulpaanbod;
 3. onderwijs & scholing in: respect voor elkaar, gezondheidszorg, zelfredzaamheid;
 4. instellen militaire dienst mannen en vrouwen;
 5. beloning voor gezondheid; niet roken premie; sportpremie; gezond eten premie;
 6. personal care coaches: bij mensen thuis langs.
- **Hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen de regie en verantwoordelijkheid krijgen over hun eigen zorg en welzijn?**
 1. transparantie: informatie over keuzes; kwaliteit normering;
 2. zorg op maat / aandacht / luisteren: vraagverheldering;
 3. interesse in de mens / menselijke maat;
 4. vraagverheldering: daar tijd voor nemen; eventueel schriftelijke voorbereiding;
 5. eerst luisteren; dan leveren;
 6. doelgerichte zorg.

ziekenhuizen om het allemaal bij te kunnen houden. Daar waar de zorg versnipperd, duiken zorgmakelaars op die voor hun cliënten de beste behandeltrajecten selecteren en namens hen onderhandelen met de instellingen over snelheid en prijs. Door hun rol en succes krijgen enkelen al snel een aanzienlijke machtspositie ten opzichte van ziekenhuizen. Niet alle problemen en producten lenen zich voor een marktbenadering, bijvoorbeeld als het gaat om zeldzame, dure of complexe problemen.

Wie rijk is, koopt de noodzakelijke zorg zelf, indien noodzakelijk elders in Europa of de rest van de wereld. Wie zich dat niet kan veroorloven kan een beperkt beroep doen op een solidariteitsfonds, maar dit is aan strenge regulering gebonden.

Hoe gaan we de toekomst tegemoet?

Onze houding in de Groot-Haagse regio ten opzichte van de toekomst kan verschillende vormen hebben: laten we het gebeuren, of spelen we actief op de toekomst in? Tijdens de slotconferentie van Plein 2013 gaven deelnemers er de voorkeur aan niet af te wachten wat er allemaal zou gebeuren, maar actief in te spelen op ontwikkelingen. Geïnspireerd door de drie toekomstschetsen, hebben zij zich voorbereid op de toekomst van de Groot-Haagse gezondheidszorg. Ze ontwierpen vele ideeën voor vraagstukken die in de verschillende schetsen een rol spelen. Eigenlijk levert elke schets vraagstukken op die ook nu al spelen. Figuur 3 geeft enkele voorbeelden uit de vele suggesties van de slotconferentie.

Het MCH zal in 2004 samen met andere betrokkenen een aantal ideeën en suggesties uit de slotconferentie uitwerken. Op een later moment zal in het Epidemiologisch Bulletin worden bericht over de activiteiten die hieruit voortkomen. De ontmoetingen op Plein 2013 hebben daarmee, naar ons idee, geleid tot een concreet begin van een actieve en creatieve benadering van de toekomst van gezondheidszorg in de Groot-Haagse regio.

Wij horen graag uw aanvullingen, opmerkingen of suggesties!

Mail naar: 2013@mchaaglanden.nl

Adviseurs voor de bijeenkomstenserie Plein 2013 waren Robert Bood (Global Business Network Europe / FairSights), Paul Rutten (PRElude B.V./COCD) en Alexandrien van der Burgt - Franken (Samenspraak in de Zorg). Zij leidden de verschillende bijeenkomsten en zijn mede-auteurs van de toekomstschetsen en van de figuren 1 en 2. Michiel van de Burgt is de auteur van de toneelteksten.

korte berichten

Actuele informatie

Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik

Op 21 januari jl. werd de invitationale conference 'Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik' gehouden.

In de Haagse Lobby, onder voorzitterschap van de directeur Volksgezondheid, was een breed samengesteld publiek van hulp- en dienstverleners, preventiewerkers, politiemedewerkers, docenten, onderzoekers en jongeren getuige van presentaties over genotmiddelengebruik, het uitgaansleven en mogelijke risico's van middelengebruik. Ook was er een Drugsinfo-markt.

Aanleiding voor het organiseren van de bijeenkomst was het onderzoek dat sinds 2002 in het Haagse uitgaansleven plaatsvindt naar invloeden en ontwikkelingen in het alcohol- en druggebruik onder groepen uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de onder-

zoeksafdeling van het circuit Verslavingszorg, de afdeling Preventie van Parnassia en de afdeling Epidemiologie van de GGD, in opdracht van de gemeente Den Haag. Over het eerste onderzoekjaar is het boek 'Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik' verschenen. In het voorjaar van 2004 verschijnt het tweede deel. Aansluitend aan de presentaties werd geïnventariseerd welke preventieactiviteiten er gaande zijn om risikant alcohol- en druggebruik te verminderen, en waar het volgens de aanwezigen op dit moment aan ontbreekt. Naast het belang van het bewustmaken van jongeren van de risico's van alcohol- en druggebruik, werd het grote belang benadrukt van het bij de voorlichting betrekken van de directe omgeving van de jongeren, in het bijzonder de ouders.

Voor informatie:
tel. 070 - 3537196, mevr. I. Burger,
GGD Den Haag.

Steeds meer jonge mannen krijgen zaadbalkanker

De Nederlandse Kankerregistratie meldt dat in de periode 1990 – 2000 het aantal mannen dat zaadbalkanker krijgt is gestegen met 40%. Daarmee vormt zaadbalkanker nog altijd slechts 0,7% van het totaal van 69.000 nieuwe gevallen van kanker in 2000. Maar de stijging is aanzienlijk en vindt ook plaats in andere westerse landen, vooral bij jonge mannen, tussen de 20 en 45 jaar. Dankzij moderne behandelmethoden zoals radio- en chemotherapie geneest anno 2000 95 % van de patiënten.

Naast zaadbalkanker nam tussen 1990 en 2000 ook het aantal nieuwe gevallen toe van borstkanker (+17%), prostaatcancer (+37%), kanker van de dikke darm (+11%), slokdarm- en huidkanker. Daarentegen is in deze periode het aantal nieuwe gevallen van longkanker (-15%), strottenhoofdkanker (-19%), maagkanker (-27%) en galblaaskanker (-40%) gedaald. De waargenomen veranderingen hebben volgens de onderzoekers alles te maken met veranderend gedrag, voedings- en leefgewoonten en woon- en werkomstandigheden, en veel minder met milieufactoren. Op basis van de huidige gegevens is berekend dat ongeveer één op de drie Nederlanders in de loop van zijn leven een vorm van kanker krijgt, meestal pas op latere leeftijd. Door de te verwachten toename van het aantal ouderen in de komende twintig jaar zal er ook een sterke stijging optreden van het aantal gevallen van kanker, namelijk 1 à 2 % per jaar. Voor meer informatie: telefoon 030 – 2343780 en www.kankerregistratie.nl.



Nieuw verschenen

Oudere Turken en Marokkanen slecht bekend met GGZ

Uit recent onderzoek van het Trimbos-instituut onder 44 Turkse en Marokkaanse zelfstandig wonende ouderen (55 – 75 jaar) blijkt dat oudere Turken en Marokkanen slecht bekend zijn met de geestelijke gezondheidszorg. Door taalproblemen en schaamte voor psychische problemen komen zij er moeilijk toe de GGZ te consulteren. Vaak ook verwacht men de GGZ met de GG&GD.

Van alle 55-plussers in Nederland is 6,3% Turks en 5,5% Marokkaans, in de toekomst zullen die percentages alleen maar stijgen. Uit de Amsterdamse gezondheidsmonitor is bekend dat oudere Turken en Marokkanen minstens drie keer zo vaak ernstige depressieve klachten hebben als autochtone ouderen. Dergelijke klachten zijn voor Turkse en Marokkaanse ouderen veelal moeilijk bespreekbaar vanwege het taboe dat rust op psychische problemen, de angst voor roddel binnen de eigen groep en de religieuze context waarin oudere Marokkanen en in mindere mate ook Turken hun psychische problemen zien. Voor streng gelovige Marokkanen geldt dat ernstige klachten het gevolg kunnen zijn van duivelse influisteringen, waarvoor goede moslims niet gevoelig mogen zijn.

Naar aanleiding van deze onderzoeksresultaten, en reeds bekende gegevens uit de onderzoeksliteratuur heeft het Trimbos-instituut een speciale brochure uitgebracht, bedoeld als handreiking voor de praktijk van GGZ-hulpverleners en –preventiewerkers, maatschappelijk werkers en andere vrijwilligers en professionals die met oudere Turken en Marokkanen

werken. De brochure is tot stand gekomen door samenwerking van de GG&GD Amsterdam met Forum, het Instituut voor multiculturele ontwikkeling.

Titel van de brochure: *Psychische problemen bij oudere Turken en Marokkanen. Een handreiking voor de praktijk*. Auteurs: Wilma de Vries en Carolien Smits. Uitgave van het Trimbos-instituut, te bestellen via telefoonnummer 030 – 2971180, bestelnummer AF0480.

Tabel: Overzicht alle infectieziekten 2003 (2002) in de stad Den Haag, excl. tuberculose

Bron: Osiris (RIVM/IGZ)

Ziekte-extra	Totaal					
	2002	2003	2003	2003	2003	2003
Bacillaire dysenterie	17	18	5	2	5	6
Buiktyphus	5	5	1		4	
Creutzfeld-Jacob's Disease - K		1	1			
Enterohemorragische E.coli	1					
Hepatitis A	20	48	13	12	10	13
Hepatitis B Acuut	7	10	2	4	2	2
Hepatitis B Chronisch	164	184	42	64	34	44
Hepatitis B Onbekend	10	5		4		1
Hepatitis C Acuut en Drager	38	38	12	17	9	
Kinkhoest	240	92	11	16	24	41
Legionellose	9	9	1	4	2	2
Malaria	28	32	6	3	11	12
Mazelen		2	2			
Meningokokkose	13	12	3	4	2	3
Ornithose/psittacose	3	5	2		3	
Paratyphus A	1	2	1	1		
Paratyphus B		1				1
Paratyphus C		1	1			
Q-koorts	1					
Voedselvergiftiging of voedsel	18	17	6	5	3	3
Totaal	575	482	109	136	109	128

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Het hele jaar 2003, vergeleken met 2002, voor de stad Den Haag

Tijdens het vierde kwartaal is de GGD Den Haag overgegaan op de analyse van de gegevens die via de website Osiris van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en het Milieu (RIVM) zijn ingevoerd ten behoeve van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De gegevens van GGD en RIVM/IGZ overlappen elkaar niet helemaal. De inhoudelijke analyse van achtergrondfactoren blijft echter in grote lijnen gelijk. De hieronder besproken cijfers en analyse zijn volledig gebaseerd op de Osiris gegevens, ook wat betreft 2002.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten –uitgezonderd de meldingen van tuberculose-, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg tijdens 2003 gemeld (482), is duidelijk lager dan in 2002 (575). Deze afname is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een afname in het aantal meldingen van kinkhoest. Opvallend is ook de ruime verdubbeling van het aantal hepatitis A gevallen, die deels valt toe te schrijven aan de stijging van deze aandoening bij homoseksuele mannen. Sinds 2003 is ook de dodelijke hersenaandoening Creutzfeld-Jacob's ziekte meldingsplichtig. De varianten van deze aandoening is de gevreesde aandoening die veroorzaakt wordt door prionen, minuscule eiwitten die aangetroffen worden in het zenuwstelsel van

dieren die aan gekke koeienziekte lijden. In 2003 is 1 geval gemeld, maar dit betrof een klassieke vorm, die met de gekke koeienziekte niets te maken heeft.

Verder zijn er geen noemenswaardige verschuivingen te melden.

Infectieziekten gemeld door instellingen

Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Meestal gaat het om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Bij huidziekten gaat het dikwijls om enkele gevallen van krentenbaard of schimmelinfecties in kinderdagverblijven. Meldingen van 'vlekjesziekten' betreffen dikwijls het vermoeden van 'vijfde ziekte' in kinderdagverblijven. Bij geelzucht gaat het uitsluitend om hepatitis A, meestal in kinderdagverblijven of scholen.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen over de 4 laatste jaren.

ziektecategorie	2000	2001	2002	2003
Ander	1		2	1
Bloedoverdraagbare aandoeningen	1			
Gastro-enteritis (diarree, braken)	13	9	12	17
Geelzucht	5	3	4	6
Hersenvliesontsteking	8	7	10	1
Huidziekten	4	4	16	6
Invasieve pathogenen		1		2
Luchtweginfecties	3	4	11	4
Vlekjesziekten	5	7	17	5
	40	35	72	42

Meldingen vierde kwartaal 2003 voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2003 gemeld (128), is iets lager dan in dezelfde periode in 2002 (175) [alles volgens de –nieuwe– opgave van Osiris]. Deze afname is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een afname in het aantal meldingen van kinkhoest en hepatitis C. De laatste aandoening hoeft sinds november 2003 alleen nog bij de IGZ te worden gemeld indien het om een acute vorm gaat. Deze vorm is uiterst zeldzaam. Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Zes gevallen werden gemeld, 5 vrouwen en 1 man, van alle leeftijdscategorieën. Bij 5 vond de besmetting plaats in het buitenland.

Hepatitis A

Er zijn 13 gevallen van hepatitis A aangegeven waarvan er 3 besmet zijn in het buitenland. In Nederland zouden de besmettingen opgelopen zijn door homoseksueel contact (3), school (4) en binnen

het gezin (3). Enkele scholen hebben extra hygiënemaatregelen ingesteld om verdere verspreiding te voorkomen.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (47) is licht gestegen. Beide geslachten zijn gelijk vertegenwoordigd, vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers die toevallig worden gevonden bij screening van zwangeren of als onderdeel van onderzoek bij lichte leverfunctiestoornissen of vage klachten. Bij de 2 acute gevallen was de besmetting te wijten aan onbeschermd seksueel contact. Bij de chronische gevallen gaat het doorgaans om personen afkomstig uit endemische gebieden waar de aandoening frequent voorkomt. Over de besmettingsweg tast men meestal in het duister, maar vermoed wordt dat intrafamiliale besmetting zoals via de moeder bij de geboorte, een belangrijke rol kan spelen.

Hepatitis C

Het aantal bij de IGZ te melden hepatitis C gevallen is door de veranderde meldingscriteria gereduceerd tot nul.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (41) is dit kwartaal toegenomen vergeleken met het vorige kwartaal (24), maar bleek veel lager dan tijdens het vierde kwartaal 2002 (68). Zoals steeds de laatste jaren gaat het hoofdzakelijk om kinderen van 5-14 jaar.

Legionellose

Gedurende het vierde kwartaal zijn 2 gevallen van legionellose gemeld. De bronnen zijn niet gevonden.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (12, evenveel autochtonen als allochtonen) was vergelijkbaar met het vorige kwartaal en dezelfde periode vorig jaar. Het betreft bijna uitsluitend volwassenen waarvan 10 in Afrika zijn besmet. Bij alle patiënten bij wie deze informatie bekend is kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokken

Gedurende het vierde kwartaal 2003 zijn 3 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld die veroorzaakt zijn door meningokokken. Het gaat om 1 volwassene en 2 kinderen. Allen hadden een meningokok type B. De C-variant, waartegen in 2002 massaal is gevaccineerd onder jongeren, werd wederom niet vastgesteld.

Paratyfus

In het vierde kwartaal 2003 werd 1 geval van een in Turkije opgelopen paratyfus B (een ziekte die lijkt op een lichte buiktyfus) gemeld.

Voedselinfecties

Er zijn 3 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het ging om 2 mensen die of in de

voedingssector of in de ziekenverzorging werkzaam zijn, en daarom gemeld moesten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg; 1 uitbraak betrof 2 personen die de infectie hadden opgelopen in een restaurant.

Meldingen vierde kwartaal, regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er zijn 6 gevallen gemeld van bacillaire dysenterie, veroorzaakt door de *Shigella sonnei* en de *Shigella flexneri*. Allen hebben de bacterie in het buitenland opgelopen (Egypte, Tunesië, Haïti). In 2003 is bacillaire dysenterie het meest opgelopen in Egypte.

Hepatitis A

Twee meldingen van hepatitis A. Eén man heeft de ziekte opgelopen via een homoseksueel contact. De andere melding betreft een kind van acht jaar die de besmetting via een buurmeisje heeft opgelopen. De ziekte werd vooral in het derde kwartaal gemeld. Dit past bij het beeld dat hepatitis A vooral in de zomervakantieperiode wordt opgelopen.

Hepatitis B

Er zijn 24 hepatitis B meldingen gedaan, waarvan drie acute hepatitis B. Eén man heeft de besmetting zeer waarschijnlijk via heteroseksueel contact opgelopen. Bij een vrouw van 82 jaar werd een acute hepatitis B geconstateerd. Het enige moment van transmissie lijkt een operatie in een ziekenhuis in een andere regio te zijn. Dit wordt nog onderzocht. De andere meldingen zijn allen dragers. Voor heel 2003 betrof 90% chronische dragers, deze patiënten kwamen voornamelijk uit endemische gebieden. Het aantal mannen en vrouwen was vrijwel gelijk.

Kinkhoest

49 Gevallen van kinkhoest werden aangegeven. Het aantal is afgenomen ten op zichte van het laatste kwartaal van vorig jaar.

Legionellose

Er zijn drie meldingen geweest van legionellose. Eén patiënt heeft de besmetting zeer waarschijnlijk in Turkije opgelopen. De andere twee gevallen zijn niet in het buitenland geweest. Een bron is niet gevonden.

Malaria

Twee meldingen, in beide gevallen was de verwekker *Plasmodium falciparum*. Het betrof een student uit Burkina Faso en een student uit Soedan, die kortdurend in Nederland waren voor een congres.

Meningokokkose

Twee gevallen van meningokokkose werden gemeld. Een jongeman van 23 jaar met een sepsis. De *Neisseria meningitidis* groep C is gekweekt uit liquor en bloed. Bij een meisje van 2 jaar werd een groep B gekweekt. Er is voor de gezinscontacten profylaxe uitgeschreven. In totaal zijn er 18 gevallen van meningokokkose gemeld. Drie maal ging het om type C, éénmaal om type W 135. De rest was type B.

Psittacosis

Er is één melding van psittacosis geweest. De mogelijk bron, een papagaai, is door de dierenarts behandeld.

Paratyfus

Dit vierde kwartaal was er 1 melding van paratyfus A. De ziekte is opgelopen op vakantie in Nepal. In 2003 werden in totaal zes paratyphi gemeld.

Tuberculose

Er zijn zeven gevallen van tuberculose gemeld uit de regio.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

Mw. P. van Leeuwen

Mw. W.J.J. Ong- de Jongste

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het vierde kwartaal 2003			De vier voorafgaande kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		4e kw. 2003	4e kw. 2003	4e kw. 2003	4e kw. 2002**)	1e kw. 2003***)	2e kw. 2003***)	3e kw. 2003***)	1e t/m 4e kw. 2003	1e t/m 4e kw. 2002**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	6	6	12		6	5	16	39	
	buiktyfus					1	4	7	12	
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease					1			1	
	hepatitis A	13	2	15		13	13	20	61	
	hepatitis B *)	47	24	71		54	75	45	245	
	hepatitis C					18	19	10	47	
	kinkhoest	41	49	90		52	43	58	243	
	legionella pneumonie	2	3	5		1	5	3	14	
	mazelen					2			2	
	meningokokkose	3	2	5		9	11	4	29	
	paratyfus A		1	1		1	1	2	5	
	paratyfus B(C)	1		1		1	1	2	5	
	tuberculose	36	7	43		34	55	40	172	
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	3		3		6	5	4	18	
<hr/>										
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157									
	leptospirose									
	malaria	12	2	14		6	3	11	34	
	ornithose/psittacose		1	1		5		3	9	
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal		164	97	261		210	240	225	936	

*) Inclusief dragers

**) Zoals uit de 'toelichting cijfers infectieziekten' op pagina 28 e.v. blijkt, zijn als gevolg van de verandering van gehanteerde bron, de cijfers over 2002 niet goed vergelijkbaar met die over 2003.

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

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Leidschendam, Delft, de Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wieringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

