



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 39, 2004, nummer 3*

## **inhoud**

Redactioneel

## **epidemiologie**

Alcohol- en druggebruikers bij Parnassia Verslavingszorg onder de loep;  
Den Haag 1999 - 2001

## **volksgezondheid**

Laat me los, *hou me vast*

Kwalitatief onderzoek naar welbevinden Hindostaanse meisjes

Ontwikkelingen op de Spoed Eisende Hulp van Medisch centrum Haaglanden

## **Korte berichten**

# Colofon

september 2004, 39ste jaargang nr.3

## 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
<b>Epidemiologie</b>	
• Alcohol- en druggebruikers bij Parnassia verslavingszorg onder de loep; Den Haag 1999-2001 <i>T. van Batenburg-Eddes, P. Blanken, I. Burger, VM. Hendriks</i>	2
<b>Volksgezondheid</b>	
• Laat me los, <i>bou me vast</i> Een kwalitatief onderzoek naar het welbevinden van Hindostaanse meisjes <i>E. Salverda</i>	9
• Ontwikkelingen op de Spoed Eisende Hulp van Medisch centrum Haaglanden <i>F. de Voeght, Ch. van der Linden</i>	19
<b>Korte berichten</b>	22

# Redactioneel

## Steun en steunsystemen

In dit septembernummer van het bulletin artikelen over een cliënt monitoringsysteem bij Parnassia, over triage en opleiden bij de spoedeisende hulpverlening binnen het Medisch Centrum Haaglanden, en over het psychisch welbevinden van een dertigtal Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst.

Bij nader inzien gaat het ook steeds over het bijstellen en aanpassen van ondersteuningssystemen.

Het artikel over het Cliënt Monitoring Systeem (CMS) van Parnassia beschrijft de cliëntpopulatie die zich in de periode 1999-2001 voor behandeling heeft aangemeld bij Parnassia Verslavingszorg en bij wie op dat moment per leefgebied een uitgebreid semi-gestructureerd interview is afgenomen. Na analyse van de gegevens blijkt het CMS interessant materiaal op te leveren voor de ondersteuning van besluitvorming over meer zorg op maat. De auteurs constateren terecht dat het interessant zou zijn om meer gegevens over de resultaten van de zorginspanningen op te nemen in het CMS. Omdat we het bij verslaving hebben over chronische problematiek met een hoog terugvalrisico en ingrijpende consequenties, is dergelijk materiaal cruciaal voor het leveren van adequate zorg. Daarnaast geven de CMS-gegevens indicaties voor de richting waarin de preventieve zorg actie moet ondernemen.

Het artikel over ontwikkelingen in de spoedeisende hulp bij het MCH schetst een aanpak om de bedrijfsprocessen binnen de SEH beter te stroomlijnen met behulp van het invoeren van het Manchester Triage systeem. Interessant vraagstuk is wat de ervaringen in de keten met deze nieuwe aanpak zijn.

In 'Laat me los, *hou me vast*' wordt een kwalitatief onderzoek beschreven over het psychisch welbevinden van een aantal Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Het artikel staat stil bij factoren die van invloed zijn op het welbevinden van de respondentes. Tevens wordt beknopt verslag gedaan van een over deze thematiek georganiseerde werkconferentie. Steun en steunsystemen worden in dit artikel in een andere context gezet en lijken lastig te realiseren. Aan de Haagse professionals en ondersteuningsstructuren de taak deze met veel zorgvuldigheid tot stand te brengen.

# Alcohol- en druggebruikers bij Parnassia Verslavingszorg onder de loep; Den Haag 1999-2001

*T. van Batenburg-Eddes, P. Blanken, I. Burger en V.M. Hendriks*

Binnen Parnassia Verslavingszorg is de afgelopen jaren doorlopend informatie verzameld over de aard en omvang van de cliëntpopulatie, de verslavingsproblemen van cliënten, hun bijkomende problematiek en de zorg die zij ontvangen hebben. Deze registratie gebeurde met behulp van het Cliënt Monitoring Systeem (CMS), dat is ontwikkeld door het Parnassia Addiction Research Centre (PARC). Het CMS maakt gebruik van de bestaande registratiesystemen in de verslavingszorg -Psygis en Addictis- en combineert deze met gegevens uit de zogenaamde Addiction Severity Index (ASI), een uitgebreide intake lijst die bij aanmelding wordt afgenomen. Het samenbrengen van deze gegevens levert een veelheid aan informatie op voor het monitoren van de verslavingsproblematiek en de hulpvraag in Den Haag en in de regio, en biedt inzicht in de gevolgde zorgtrajecten en knelpunten daarbij. In onderstaand artikel laten we dit zien.

Eerst wordt van *alle Haagse cliënten die in de jaren 1999, 2000 en 2001 bij Parnassia Verslavingszorg in behandeling zijn geweest* een korte beschrijving gegeven naar demografische kenmerken en belangrijkste verslavingsproblematiek(1). Vervolgens wordt uitgebreid ingegaan op *Haagse cliënten, die zich in de periode 1999-2001 voor behandeling hebben aangemeld bij Parnassia Verslavingszorg en bij wie bij aanmelding de ASI is afgenomen*. De ASI is een semi-structureerd interview waarin per leefgebied (lichamelijke gezondheid; arbeid, opleiding en inkomen; alcohol- en druggebruik; justitiële problemen; sociale relaties; psychische problemen) uitgebreid wordt geïnformeerd naar de aard en omvang van de problemen op deze terreinen. Hiermee kan een uitgebreid beeld worden geschetst van de verslavingsgeschiedenis van de cliënten, hun sociaal-maatschappelijke problematiek en gezondheidssituatie(1). Op grond van de ASI-gegevens wordt in dit artikel een aantal typen gebruikers onderscheiden. Bij elk van deze typen gebruikers wordt ingegaan op het spectrum van problemen dat voor de betreffende groep kenmerkend is. Deze typologie heeft uitsluitend betrekking op de verslaafden 'die hulp hebben gezocht bij Parnassia Verslavingszorg' en is (dus) niet zondermeer representatief voor de bredere groep verslaafden binnen en buiten de zorg. Tot slot wordt kort ingegaan op de belangrijkste zorgtrajecten die men binnen een jaar na de aanmelding heeft doorlopen.

## Totale Haagse cliëntenpopulatie

In de jaren 1999-2001 kende Parnassia Verslavingszorg qua omvang en samenstelling een relatief stabiele cliëntpopulatie(2), waaronder ongeveer 3.000 Haagse cliënten. In totaal vertegenwoordigden zij jaarlijks rond de 5.800 inschrijvingen (gemiddeld dus ongeveer twee inschrijvingen per cliënt). De Haagse cliëntenpopulatie bestond voornamelijk uit mannen (80%), Nederlanders (64%) met een gemiddelde leeftijd van rond de 39 jaar.

Het merendeel van de cliënten was primair in zorg voor een alcohol- of opiaatprobleem (respectievelijk: 30% en 35% van de cliënten). In de onderzoeksperiode had 10-14% primair een cocaïne- of crackprobleem. De groep primair cocaïneverslaafden nam door de jaren heen in omvang toe van 324 cliënten in 1999 tot 386 cliënten in 2001. Tevens was er in de groep met primair problematisch cannabisgebruik sprake van een stijging van 91 in 1999 naar 116 in 2001. Dit is dus een veel kleinere groep. Het percentage Haagse cliënten dat in zorg was voor een gokprobleem was eveneens klein, elk jaar ongeveer 5% van alle cliënten.

Over de auteurs:

Mw. T. van Batenburg-Eddes en de heer P. Blanken, beiden psycholoog en als onderzoekers werkzaam bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC); Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag en dr. V.M. Hendriks, psycholoog, hoofd van het PARC, circuit Verslavingszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

Onder de alcoholisten en de medicijnverslaafden bevonden zich verhoudingsgewijs meer vrouwen (beide 24%; 20% in de totale populatie). Het percentage vrouwen onder de cliënten met een primaire cocaïneverslaving en onder de gokkers lag juist lager dan in de totale populatie (respectievelijk 15% en 12%).

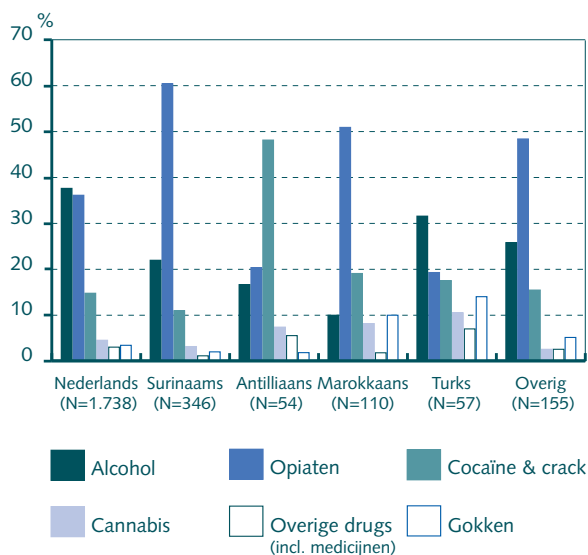
De gemiddelde leeftijd verschilde soms aanzienlijk. Cliënten met een primair alcoholprobleem waren van alle deelgroepen het oudst (45 jaar in 2001). De groep primaire opiaatgebruikers was eveneens relatief oud (39 jaar in 2001). De gemiddelde leeftijd binnen deze twee groepen in zorg nam elk jaar met één jaar toe. Cliënten met primair problematisch cannabisgebruik waren het jongst (28 jaar) en de cliënten met een primair cocaïne/crack probleem behoorden met een gemiddelde leeftijd van rond de 31 jaar eveneens tot de 'jongere' cliënten. De gemiddelde leeftijd van de Haagse gokkers steeg in de onderzoeksperiode het snelst, van 33 jaar in 1999 naar 36 jaar in 2001.

De samenstelling naar culturele herkomst was over de jaren heen stabiel. Buiten de groep Nederlanders (64%) had ongeveer 14% van de Haagse cliënten een Surinaams/Antilliaanse achtergrond, 6% een Marokkaans/Turkse achtergrond en ongeveer 6% van de cliënten was afkomstig uit andere landen. Van de resterende 10% was de culturele herkomst niet bekend.

In *figuur 1* staat per etnische groep (=100%) de procentuele verdeling naar primair probleemmiddel weergegeven voor het jaar 2001.<sup>1</sup> In de figuur is te zien dat (ruim) eenderde van de Nederlanders en van de Turken primair voor hun alcoholverslaving kwam. Een hoog percentage van de Surinamers (60%), de Marokkanen (51%) en de cliënten afkomstig uit overige landen (48%) had primair een opiaatverslaving. Bijna de helft van de Antillianen noemde bij aanmelding cocaïne- of crackgebruik als belangrijkste verslaving. Tevens waren in vergelijking tot de andere bevolkingsgroepen relatief veel Turken in zorg voor een gok- of cannabisprobleem (respectievelijk: 14% en 11%).

**Figuur 1**

Per etnische groep de procentuele verdeling van het primaire probleemmiddel. Den Haag 2001



#### Nieuwe instroom Haagse cliëntenpopulatie per gebruikerstype

Zoals reeds eerder beschreven, stonden elk jaar ongeveer 3.000 Haagse cliënten ingeschreven bij Parnassia Verslavingszorg. Binnen deze groep kwamen gemiddeld 760 cliënten per jaar nieuw in zorg (ongeveer 25%).<sup>2</sup> Deze cliënten doorlopen een intakeprocedure, waarin onder andere de ASI wordt afgenomen. In het onderzoek waarop dit artikel mede is gebaseerd(1), is aan de hand van de gegevens uit de ASI een aantal gebruikerstypen onderscheiden, die weergegeven staan in *tabel 1*. Deze gebruikerstypen representeren deelgroepen die elkaar uitsluiten. Bij de indeling naar gebruikerstype zijn de volgende 'spelregels' gehanteerd:

- In het algemeen wordt een cliënt gerekend tot een bepaald gebruikerstype, indien hij (op grond van de ASI-gegevens) het betreffende middel in het verleden gedurende langere tijd, regelmatig (d.w.z. ten minste drie dagen per week) gebruikt heeft en dat middel ook in de maand voorafgaand aan de intake nog steeds regelmatig gebruikte.
- Bij de toewijzing aan één van de gebruikerstypen is bovendien een bepaalde hiërarchie gehanteerd. Indien de cliënt meerdere middelen volgens de bovenstaande beslisregel gebruikt heeft, wordt hij beschouwd als:
  1. heroïneverslaafde, als er zowel in het verleden

<sup>1</sup> De gegevens worden alleen voor 2001 weergegeven, omdat er weinig verandering door de jaren heen is.

<sup>2</sup> Cliënten worden gezien als 'nieuw', wanneer zij minimaal 2 jaar niet of nooit eerder in zorg zijn geweest bij Parnassia Verslavingszorg.

- als heden sprake was van regelmatig heroïne-gebruik;
2. cocaïneverslaafde, als er zowel in het verleden als heden sprake was van regelmatig cocaïne-gebruik, maar geen regelmatig heroïnegebruik;
  3. alcoholist, als er zowel in het verleden als heden sprake was van regelmatig alcoholgebruik in grote hoeveelheden (d.w.z. ten minste vijf standaardglazen op een dag), maar geen regelmatig heroïne- of cocaïnegebruik;
  4. problematische cannabisgebruiker, als er zowel in het verleden als heden sprake was van regelmatig cannabisgebruik, maar geen regelmatig heroïne-, cocaïne- of (fors) alcoholgebruik;
  5. medicijnverslaafde, indien de verslavingsproblematiek zich beperkte tot het problematisch gebruik van psycho-actieve medicijnen.

Voor de problematische gokkers werd een afwijkende beslisregel gehanteerd. Om in de groep problematische gokkers ingedeeld te worden, diende er bij de betrokkene in de zes maanden voorafgaand aan de intake sprake geweest te zijn van ten minste wekelijkse deelname aan ten minste één van de kansspelen, dit is ongeacht bestaand (problematisch) alcohol en/of druggebruik.

Na toewijzing van de cliënten aan deze gebruikerstypen resteerden 214 cliënten die op grond van de

beschreven beslisregels niet aan een groep konden worden toegewezen. Deze personen zijn in de beschrijvingen buiten beschouwing gelaten. De groep medicijnverslaafden is een erg kleine groep. Bij zeer kleine aantallen kunnen op basis van toevalsfluctuaties makkelijk verkeerde conclusies getrokken worden. Vandaar dat dit gebruikerstype verder buiten beschouwing wordt gelaten. In *tabel 1* wordt de indeling naar de gebruikerstypen samengevat.

#### Achtergrondkenmerken

Uit *tabel 2* blijkt dat de alcoholisten en de heroïneverslaafden zonder bijkomend cocaïnegebruik (heroïneverslaafden <sup>-cocaïne</sup>) ten tijde van de intake het oudst waren (respectievelijk 44 jaar en 38 jaar), terwijl de cannabisgebruikers het jongst waren (28 jaar). De gemiddelde leeftijden ten tijde van intake kwamen overeen met die van de totale cliëntenpopulatie. Voor de meeste gebruikerstypen varieerde het aandeel Nederlanders tussen de tweederde en driekwart (69%-79%). Enige uitzondering hierop vormden de heroïneverslaafden (al dan niet in combinatie met cocaïnegebruik). In deze groep was ruim de helft Nederlander (54%-55%) en een kwart Surinamer (24%). Onder de heroïneverslaafden met bijkomend cocaïnegebruik (heroïneverslaafden <sup>+cocaïne</sup>) zien we tevens een hoog percentage Marokkanen (12%), terwijl er binnen de groep heroïneverslaafden <sup>-cocaïne</sup> tevens een hoog percentage afkomstig is uit overige landen.

**Tabel 1**

#### Indeling in gebruikerstypen

gebruikerstype-indeling	opiaten	cocaïne	alcohol	cannabis	medicijnen	gokken	N
1.a Heroïneverslaafde, zonder cocaïnegebruik	+ <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>	+ / - <sup>c</sup>	+ / -	+ / -	-	251
1.b Heroïneverslaafde, met cocaïnegebruik	+	+	+ / -	+ / -	+ / -	-	231
2.a Cocaïneverslaafde, zonder alcohol (en zonder heroïne)	-	+	-	+ / -	+ / -	-	223
2.b Cocaïneverslaafde, met alcohol (en zonder heroïne)	-	+	+	+ / -	+ / -	-	127
3. Alcoholist	-	-	+	+ / -	+ / -	-	786
4. Cannabisgebruiker	-	-	-	+	+ / -	-	226
5. Medicijnverslaafde	-	-	-	-	+	-	42
6. Gokker	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+	190
7. Geen gebruikerstype	-	-	-	-	-	-	214
<b>Totaal</b>							<b>2290</b>

a Een '+' verwijst naar personen die volgens de beschreven beslisregels het betreffende middel zowel in het verleden als in de maand voorafgaand aan de intake regelmatig gebruikt hebben.

b Een '-' verwijst naar personen die volgens de beschreven beslisregels het betreffende middel nooit regelmatig gebruikt hebben, dan wel alleen in het verdere verleden of alleen in de maand voorafgaand aan de intake (regelmatig) gebruikt hebben.

c Een '+/-' impliceert dat het al dan niet gebruik van het betreffende middel niet van belang was voor de groepsindeling.

Tabel 2

Achtergrondkenmerken per gebruikerstype

	Heroïne zonder cocaïne (1a)	Heroïne met cocaïne (1b)	Cocaïne zonder alcohol (2a)	Cocaïne met alcohol (2b)	Alcohol (3)	Cannabis (4)	Gokkers (5)
Aantal	251	231	223	127	786	226	190
Geslacht (% mannen)	83%	88%	89%	86%	82%	85%	88%
Leeftijd t.t.v. intake	38 jaar	35 jaar	31 jaar	32 jaar	44 jaar	28 jaar	35 jaar
% Nederlanders	54%	55%	69%	70%	79%	70%	65%
% Surinamers	24%	24%	10%	9%	10%	13%	12%
% Antillianen	0,4%	2%	8%	9%	2%	3%	3%
% Marokkanen	4%	12%	5%	5%	2%	5%	5%
% Turken	1%	2%	3%	1%	2%	3%	7%
% Overige landen	17%	5%	5%	7%	5%	7%	8%

**Verslavingsduur en -geschiedenis**

Uit tabel 3 blijkt dat de cocaïneverslaafden <sup>+/- alcohol</sup> in vergelijking met de andere gebruikerstypen het belangrijkste middel (cocaïne) vrij kort gebruikten ten tijde van de intake (gemiddeld 6 jaar). Dit is in overeenstemming met de opvatting dat het gebruik van cocaïne (met name crackgebruik) snel tot excessief gebruik leidt vanwege de sterk verslavende werking, waardoor men eerder in grote problemen raakt en men dus ook sneller in zorg komt. Verder valt op dat de alcoholisten al erg lang (15 jaar) regelmatig grote hoeveelheden alcohol dronken voordat zij voor hulp bij de verslavingszorg kwamen. Ook de cannabisgebruikers hadden zeker gezien hun leeftijd ten tijde van de intake al een flinke gebruikerscarrière (9 jaar) achter de rug. Zij waren dan ook het jongst toen zij begonnen met het regelmatig gebruiken van cannabis. Wanneer gekeken wordt naar abstinentie gedurende

de gebruikscarrière, blijkt dat de meeste typen gebruikers nooit lang abtinent zijn geweest. De heroïneverslaafden <sup>- cocaïne</sup> zijn hier nog het langst in geslaagd (4 jaar). Echter binnen deze groep is ook relatief een grote groep eerder in behandeling geweest (77%).

**Sociaal-maatschappelijk functioneren**

Ongeveer eenderde van de meeste gebruikerstypen heeft de drie jaar voorafgaand aan de intake overwegend alleen gewoond (28%-37%). Onder de heroïneverslaafden <sup>- cocaïne</sup> en de alcoholisten lag dit percentage iets hoger (respectievelijk 41%-43%). De polydruggebruikers (heroïneverslaafden <sup>+ cocaïne</sup> en de cocaïneverslaafden <sup>+ alcohol</sup>) verbleven in vergelijking met de andere gebruikerstypen het meest vaak in een justitiële instelling voorafgaand aan de intake (respectievelijk 27% en 18%). Ten tijde van de intake waren onder de cocaïneverslaafden <sup>- alcohol</sup> de meeste daklozen (10%).

Tabel 3

Verslavingsduur en -geschiedenis per gebruikerstype

	Heroïne zonder cocaïne (1a)	Heroïne met cocaïne (1b)	Cocaïne zonder alcohol (2a)	Cocaïne met alcohol (2b)	Alcohol (3)	Cannabis (4)	Gokkers (5)
Aantal	251	231	223	127	786	226	190
Leeftijd t.t.v. intake	38 jaar	35 jaar	31 jaar	32 jaar	44 jaar	28 jaar	35 jaar
Verslavingsduur <sup>a</sup>	10 jaar <sup>b</sup>		6 jaar <sup>b</sup>		15 jaar	9 jaar	6 jaar
Beginleeftijd <sup>a</sup>	24 jaar	22 jaar	24 jaar		27 jaar	18 jaar	27 jaar
Abstinentieduur	4 jaar	3 jaar	1 jaar	1 jaar	2 jaar	1 jaar	2 jaar
% nooit eerder behandeld	33% <sup>b</sup>		72% <sup>b</sup>		60%	82%	80%

a De gemiddelde verslavingsduur en de beginleeftijd worden weergegeven voor het belangrijkste middel van elk gebruikerstype. Zo is dit voor de heroïneverslaafden met of zonder bijkomend cocaïnegebruik: heroïne; voor de cocaïne-verslaafden met of zonder regelmatig en recent alcoholgebruik: cocaïne. Voor de overige gebruikerstypen spreekt het voor zich.

b Wanneer er geen verschil is tussen de subgroepen wordt er één cijfer gegeven voor beide subgroepen.

Wat betreft opleiding valt op dat een ruime meerderheid geen of alleen lager (beroeps-)onderwijs heeft afgerond (67%-79%), hoewel dit percentage onder de alcoholisten en de gokkers iets lager ligt dan bij de andere gebruikerstypen (respectievelijk 59% en 54%). Wat betreft de bronnen van inkomsten in de maand voorafgaand aan de intake, kan gezegd worden dat:

- een laag percentage van de heroïneverslaafden + cocaïne (22%), de helft van de alcoholisten en een meerderheid van de gokkers (63%) inkomsten had uit werk;
- ongeveer de helft van de heroïneverslaafden - cocaïne (53%) een uitkering had;
- respectievelijk 28% van de heroïneverslaafden + cocaïne en 13% van alle cocaïneverslaafden inkomsten had uit illegale activiteiten;
- het percentage cliënten met schulden onder de heroïneverslaafden + cocaïne, onder de cocaïneverslaafden - alcohol en onder de gokkers het hoogst was, respectievelijk 75%, 74% en 82%.

Uit *tabel 4* blijkt dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen de gebruikerstypen wat betreft het justitiële verleden en de zwaarte hiervan. Het grootste onderscheid is er tussen enerzijds de heroïneverslaafden en de cocaïneverslaafden, waarbij er in grote mate sprake is van justitiële problemen, en anderzijds de alcoholisten, de problematische cannabisgebruikers en de gokkers, bij wie dit juist niet het geval is. Binnen de eerste groep springen de heroïneverslaafden + cocaïne er in het bijzonder uit. Het percentage dat ooit een proces verbaal kreeg voor bijvoorbeeld vermogensdelicten (62%) ligt binnen deze groep heroïneverslaafden aan-

zienlijk hoger dan bij de heroïneverslaafden - cocaïne en de cocaïneverslaafden.

Wanneer we kijken naar de zwaarte van het justitieel verleden (binnen de groep met een justitieel verleden), dan zien we geen verschil tussen de twee subtypen heroïneverslaafden en tussen de twee subtypen cocaïneverslaafden. Het verschil tussen de heroïneverslaafden en de cocaïneverslaafden blijft in veel gevallen wél bestaan. Zo is bijvoorbeeld 14% van de heroïneverslaafden 20 keer of vaker geverbaliseerd voor een vermogensdelict ten opzichte van 4% van de cocaïneverslaafden, en heeft 15% van de heroïneverslaafden zich de gehele maand voorafgaand aan de intake dagelijks beziggehouden met illegale activiteiten ten opzichte van 5% van de cocaïneverslaafden.

#### Lichamelijke gezondheid en psychisch welbevinden

Uit *tabel 5* blijkt dat zowel lichamelijke als psychische klachten bij alle gebruikerstypen in aanzienlijke mate voorkwamen. Depressiviteit in de maand voorafgaand aan de intake kwam vooral voor onder de cocaïneverslaafden - alcohol (39%) en onder de alcoholisten (39%). Ongeveer de helft van de cocaïneverslaafden + alcohol (52%) en de alcoholisten (47%) had dagelijks last van psychische klachten.

#### Zorgtrajecten

Ten slotte is gekeken naar het type vervolgbehandeling volgend op de intake binnen Parnassia Verslavingszorg. Het betreft alleen de cliënten die in de jaren 1999 en 2000 hun intake kregen (1716 van de 2290 cliënten). Van deze 1716 cliënten haakten 340

**Tabel 4**

*Justitieel verleden en zwaarte justitieel verleden per gebruikerstype*

	Heroïne zonder cocaïne (1a)	Heroïne met cocaïne (1b)	Cocaïne zonder alcohol (2a)	Cocaïne met alcohol (2b)	Alcohol (3)	Cannabis (4)	Gokkers (5)
Aantal	251	231	350	350	786	226	190
% ooit proces verbaal illegaal bezit of handel in drugs	19%	36%	18% <sup>b</sup>	18% <sup>b</sup>	3%	7%	5%
% ooit proces verbaal vermogensdelicten	51%	62%	41% <sup>b</sup>	41% <sup>b</sup>	12%	27%	19%
% >= 20 keer pv vermogensdelicten <sup>a</sup>		14% <sup>b</sup>	4% <sup>b</sup>	4% <sup>b</sup>	1%	2%	0%
% ooit proces verbaal geweldsdelicten	27%	39%	32% <sup>b</sup>	32% <sup>b</sup>	12%	23%	8%
>= 1 maand in HvB	54%	75%	39% <sup>b</sup>	39% <sup>b</sup>	17%	21%	14%
>= 5 jaar in HvB <sup>a</sup>		22% <sup>b</sup>	6% <sup>b</sup>	6% <sup>b</sup>	2%	4%	1%
Afgelopen maand >= 1 illegale activiteit	13%	25%	15% <sup>b</sup>	15% <sup>b</sup>	1%	5%	4%
Dagelijks illegale activiteiten in afg. maand		15% <sup>b</sup>	5% <sup>b</sup>	5% <sup>b</sup>	0,4%	1%	3%

<sup>a</sup> percentage 'veelplegers': percentages van de cliënten die een justitieel verleden hebben.

<sup>b</sup> Wanneer er geen verschil is tussen de subgroepen wordt er één cijfer gegeven voor beide subgroepen.



Tabel 5

Lichamelijke en psychische gezondheid per gebruikerstype (in de maand voorafgaand aan de intake)

	Heroïne zonder cocaïne (1a)	Heroïne met cocaïne (1b)	Cocaïne zonder alcohol (2a)	Cocaïne met alcohol (2b)	Alcohol (3)	Cannabis (4)	Gokkers (5)
Aantal	251	231	223	127	786	226	190
% depressief	26%	20%	39%	20%	39%	31%	32%
% gespannen of angstig	24%	29%	31%	45%	46%	45%	46%
% moeite om agressie onder controle te houden	10%	15%	27%	32%	22%	27%	20%
% serieuze zelfmoordgedachten	6%	10%	14%	15%	13%	11%	13%
% dagelijks psychische klachten	21%	36%	29%	52%	47%	40%	32%
% dagelijks lichamelijke klachten	31%	30%	25%	28%	32%	26%	29%

cliënten tijdens of na de intake af. Onder deze 340 cliënten bevonden zich relatief veel heroïneverslaafden + cocaïne (23%) en cocaïneverslaafden + alcohol (26%). Cocaïnegebruik lijkt in dit verband dus een belemmerende factor te zijn. Ook relatief veel cannabisgebruikers kwamen na de intake niet in een vervolgbehandeling (22%).

De meerderheid van de cliënten (1376, 80%) ging na de intake (binnen het eerste jaar) wél door naar een vervolgbehandeling. Van hen werden 1066 cliënten (78%) direct na de intake doorverwezen naar ambulante zorg, 239 cliënten (17%) direct naar een klinische (n=63) of detoxificatiebehandeling (n=176) en 44 cliënten (3%) naar een deeltijdbehandeling. Een eerste ambulante behandeling na de intake (n=1066) werd veel vaker gevolgd door heroïneverslaafden - cocaïne (87%) dan door heroïneverslaafden + cocaïne (63%). Aangezien een ambulante behandeling voor heroïneverslaafden vaak gericht is op stabilisatie van het gebruik en inhoudt dat men een methadononderhoudsbehandeling krijgt, is het verschil tussen heroïneverslaafden + cocaïne en heroïneverslaafden - cocaïne opvallend.

Voor het bewerkstelligen van abstinentie is een detoxificatiebehandeling veelal noodzakelijk. Voor heroïneverslaafden betreft dit bijna altijd een klinische detoxificatie, waarbij de cliënt gedurende 2-3 weken opgenomen wordt en de behandeling zich richt op ontgiftig, medische en psychosociale hulp en doorverwijzing naar een vervolgbehandeling.

Een dergelijke klinische detoxificatiebehandeling na de intake (n=176) kwam vaker voor onder de heroïneverslaafden + cocaïne (17%) dan onder de heroïneverslaafden - cocaïne (7%). Tot slot bleek dat cocaïnever-

slaafden + alcohol na de intake aanzienlijk vaker kozen voor een detoxificatiebehandeling (23%) dan cocaïneverslaafden - alcohol (10%).

Eenderde van de cliënten die na de intake werden behandeld, werd binnen een jaar ook doorbehandeld in een tweede vervolgbehandeling. Voor een klein aantal cliënten liep het aantal vervolgbehandelingen binnen een jaar op tot vier of meer (10%). Gemiddeld bleven de cliënten 162 dagen in behandeling, waarbij de heroïneverslaafden het langst in zorg waren (gemiddeld zo'n 200 dagen), terwijl de problematische cannabisgebruikers en de cocaïneverslaafden het kortst in zorg waren (gemiddeld ruim 100 dagen). Wanneer ook wordt gekeken naar de 'bijkomende' problematiek blijkt dat cliënten met 'dubbele diagnose'-problematiek (d.w.z. verslavingsproblemen én psychische problemen) enerzijds relatief het vaakst meerdere vervolgbehandelingen hebben gehad, terwijl zij anderzijds het vaakst korter dan een maand in zorg verbleven.

#### Conclusie

Het onderzoek is grotendeels gebaseerd op alle nieuwe cliënten die zich tussen 1999 en 2001 in Den Haag aanmeldden bij Parnassia Verslavingszorg. Binnen Nederland is het vrij uniek dat op een zo breed niveau van een groot cohort cliënten met verslavingsproblemen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Op grond van de bevindingen kan geconcludeerd worden dat binnen de Haagse cliëntenpopulatie van Parnassia Verslavingszorg deelgroepen verslaafden onderscheiden kunnen worden, die aanmerkelijk verschillen qua verslavingsproblematiek, achtergrondkenmerken en aanwezigheid van bijkomende problemen.

- De heroïneverslaafden bij wie ook sprake was van recent cocaïnegebruik functioneerden op met name het sociaal-maatschappelijke en justitiële vlak aanzienlijk slechter dan degenen zonder recent bijgebruik van cocaïne en de overige gebruikerstypen.
- Sociaal-maatschappelijk lijkt de groep cocaïneverslaafden, die geen heroïne gebruikt, iets meer geïntegreerd dan de heroïneverslaafden, en ook het justitiële verleden – hoewel nog steeds fors – lijkt in deze deelgroep iets minder zwaar.
- De problematiek onder de alcoholisten bevond zich vooral op het psychische vlak, met veel depressieve en angstgerelateerde klachten. De sociaal-maatschappelijke en justitiële problemen lijken daarentegen in deze groep minder ernstig dan bij de heroïne- en cocaïneverslaafden.
- De (relatief jonge) cannabisgebruikers hebben in behoorlijke mate last van psychische problemen. Deze groep had ten tijde van de intake een flinke gebruikerscarrière achter de rug en bijna de helft van hen was eerder in behandeling geweest voor psychische klachten.

Als iets uit de cijfers naar voren komt - ook gestaafd door de wetenschappelijke literatuur - dan is het wel dat verslaving een chronische aandoening is; met uitzondering van de cocaïneverslaafden waren de meeste cliënten gemiddeld rond de 10 jaar of langer verslaafd. Bovendien blijkt dat verslaving een aandoening is met een hoog risico op terugval. In het bijzonder de heroïneverslaafden en alcoholisten hadden in het verleden al (m)eerdere behandelingen ondergaan, en een aanzienlijke groep van de cliënten had ook in het jaar na de aanmelding meerdere vervolghandelingen gehad. Verslaving blijkt ook een aandoening met op vele gebieden ingrijpende consequenties.

Voor de zorg impliceert dit een herhaald aanbod van (vervolg-) behandelingen(3)(4).

Op basis van de informatie uit de registratiesystemen bleek het mogelijk herkenbare zorgtrajecten te onderscheiden, die in een aantal gevallen aanzienlijk verschilden tussen de deelgroepen verslaafden. Over het resultaat van de zorginspanningen moet nog meer informatie worden verzameld. Door in toekomstig onderzoek de uitkomsten van behandeling te relateren aan de bij aanvang aanwezige problematiek is de verwachting dat op termijn een meer gerichte verwijzing van cliënten zal kunnen plaatsvinden. Als een eerste stap in die richting wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd onder de cliënten van Parnassia Versla-

vingszorg die zich hebben aangemeld met problematisch cocaïnegebruik, al dan niet in combinatie met heroïnegebruik of overmatig alcoholgebruik. In dit onderzoek worden de ontwikkelingen over de periode 1999-2003 in kaart gebracht en wordt aan de hand van follow-up interviews met ongeveer honderd problematische cocaïnegebruikers nagegaan wat de behandelresultaten zijn.

#### Literatuur:

1. Batenburg-Eddes T van, Blanken P, Hendriks VM. Verslavingsproblematiek en zorgtrajecten van Haagse cliënten binnen Parnassia Verslavingszorg, Cliënt Monitoring Systeem 1999-2001. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre, 2004.
2. Batenburg-Eddes T van, Blanken P, Hendriks VM. Cliënt Monitoring Systeem 1999-2001. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre, 2003.
3. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CO, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness, implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000; 284(13): 1689-1695.
4. Hser Y, Hoffman V, Grella CE, Anglin D. A 33-year follow-up of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*. 2001 (58): 503-508.

# Laat me los, *hou me vast*

## Een kwalitatief onderzoek naar het welbevinden van Hindostaanse meisjes

*E. Salverda*

De GGD Den Haag heeft onderzoek gedaan naar het psychisch welbevinden van een willekeurig gekozen groep Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Hoewel de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag een van de meest succesvolle etnische minderheidsgroepen vormt en ook in tal van opzichten goed is geïntegreerd in de Nederlandse samenleving, zijn er aanwijzingen dat het niet in alle opzichten even goed gaat. Dit lijkt bijvoorbeeld te gelden voor een deel van de jongeren, en dan vooral de meisjes. Net zoals meisjes van andere minderheidsgroepen lijken zij het niet gemakkelijk te hebben. De gemeente Den Haag heeft daarom het project 'Aan de grenzen' opgezet, dat probeert om positieve veranderingen te bewerkstelligen voor allochtone jongeren(1). Dit project is gestart naar aanleiding van in 1998 gepubliceerd onderzoek van de GGD, waaruit indicaties naar voren kwamen voor de aanwezigheid van aanzienlijke psychosociale problematiek bij allochtone meisjes en jonge vrouwen(2). Dat onderzoek presenteerde globale cijfers en bood nog geen inzicht in de achtergrond van de problematiek. Om de initiatieven van de gemeente en andere betrokkenen te versterken was het wenselijk om in deze lacune te voorzien. Daarom heeft de afdeling Epidemiologie van de GGD in het voorjaar van 2000 besloten om een onderzoek te doen naar de factoren die van invloed zijn op het welbevinden van Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst tussen de zestien en twintig jaar, geboren en getogen in Nederland.

Onderstaand artikel biedt een beknopte weergave van dit nieuwe GGD-onderzoek. Het beschrijft de aanvankelijke aanleiding en de onderzoeksopzet. Vervolgens wordt ingegaan op de belangrijkste onderzoeksresultaten -hier en daar vergezeld van citaten uit de verhalen van de respondentes- en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Ook geven we het commentaar weer van de respondentes op de conceptrapportage. Het artikel sluit af met enkele impressies uit de werkconferentie die de GGD in juni 2004 heeft georganiseerd naar aanleiding van het onderzoek.

Het is binnen het bestek van dit artikel niet mogelijk om aandacht te besteden aan de individuele verhalen van de meisjes. Daarvoor verwijzen we naar het onderzoeksverslag 'Laat me los, *hou me vast*'(3).

### Aanleiding

De aanleiding voor het onderzoek vormden Haagse cijfers waaruit onder andere bleek dat Haagse meisjes en jonge vrouwen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst vaker een poging tot zelfdoding doen dan de van oorsprong Nederlandse meisjes en jonge vrouwen. Meisjes en jonge vrouwen van Surinaamse afkomst bleken onder de allochtone meisjes en vrouwen het vaakst een poging tot zelfdoding te doen (2). Om die reden en omdat de Surinaamse gemeenschap in Den Haag hoofdzakelijk van Hindostaanse afkomst is, besloten we om in eerste instantie nader onderzoek te doen naar het welbevinden van Haagse Hindostaanse meisjes. De veronderstelling was dat het rela-

tief hoge aantal zelfmoordpogingen onder Hindostaanse meisjes iets zegt over het welbevinden van Hindostaanse meisjes in het algemeen. Doel van het onderzoek is om verdere aanknopingspunten voor beleid te ontwikkelen; beleid dat positief bijdraagt aan het welbevinden van -onder andere- Hindostaanse meisjes.

### De opzet van het onderzoek

#### Onderzoeksgroep

Dit beschrijvend onderzoek wil een antwoord geven op de vraag of meisjes van Hindostaanse afkomst te maken hebben met specifieke psychosociale problemen. Tevens wil het inzicht verschaffen in de ernst en

Over de auteur:

Mw. E. Salverda is epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag. Prof. dr. W.J. Schudel, hoogleraar Klinische en Sociale Psychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en tevens parttime werkzaam op de afdeling Epidemiologie, fungeerde als vaste coach gedurende de gehele onderzoeksperiode. H.W.A. Struben en B.J.C. Middelkoop, senior wetenschappelijk medewerker resp. hoofd van de afdeling Epidemiologie, waren direct betrokken bij de onderzoeksopzet.

omvang van de problemen en de factoren die daarbij een rol spelen. Daartoe hebben gesprekken plaatsgevonden met dertig Hindostaanse meisjes, de ene helft uit klas vier en hoger van HAVO/VWO, de andere helft uit het MBO. Dat betekent dat Hindostaanse meisjes die een VMBO-opleiding volgen niet tot de onderzoeksgroep horen. Hiervoor zijn zowel praktische als inhoudelijke redenen. VMBO-leerlingen zijn hoofdzakelijk tussen de twaalf en zestien jaar. De veronderstelling was dat zestien-plussers beter in staat zijn om met enige reflectie naar hun leven te kijken. Om te voorkomen dat onze bevindingen voornamelijk zouden worden beïnvloed door het opleidingsniveau, hebben we de onderzoeksgroep in dat opzicht heterogeen samengesteld, waarbij we ons realiseerden dat de lager opgeleiden ondervertegenwoordigd zijn. Dit onderzoek onderscheidt zich van eerder onderzoek onder Hindostaanse meisjes in die zin dat niet de problemen van de meisjes of de meisjes met problemen als vertrekpunt zijn genomen. Ons vertrekpunt was het doorsnee Hindostaanse meisje. Daarom hebben we ervoor gekozen om respondentes te werven op een drietal tamelijk willekeurig gekozen scholen. Dit heeft als potentieel nadeel dat de bevindingen mogelijk niet geldig zijn voor leerlingen van andere scholen. Erg waarschijnlijk lijkt dit niet, al was het alleen al omdat de verschillen tussen de leerlingen van de drie betrokken scholen gering bleken. Wij denken daarom dat de resultaten van het onderzoek een redelijk beeld geven van het leven van het doorsnee Haagse meisje van Hindostaanse afkomst in deze leeftijdsgroep. De verhalen van de respondentes zijn in thema's ondergebracht. Dit doet niet helemaal recht aan de individuele verhalen, maar was onvermijdelijk om de rode draad in de verhalen zichtbaar te maken.

#### Vorbereidingsfase

In de beginfase van het onderzoek heeft een literatuurstudie plaatsgevonden. Deze is richtinggevend geweest voor de ontwikkeling van de itemlijst, aan de hand waarvan de gesprekken met de meisjes zijn gevoerd. Daarnaast is er gesproken met een groot aantal sleutelfiguren - beroepskrachten uit de wereld van onderwijs, hulpverlening en welzijn, beleidsambtenaren, Hindostaanse organisaties en sleutelfiguren - om van hen te horen hoe zinvol ze het voorgenomen onderzoek achtten en of men verwachtte in de praktijk van alledag uit de voeten te kunnen met de mogelijke uitkomsten van het onderzoek. Men was over het algemeen van mening dat vooral de voorgestelde onderzoeksmethode - de meisjes komen dankzij diepte-interviews zelf uitgebreid aan het woord - bete-

kenis zou verlenen aan het onderzoek.

Vervolgens hebben we twee scholen voor HAVO/VWO en twee vestigingen met een MBO-opleiding benaderd met het verzoek mee te werken aan het onderzoek. Het betrof scholen waarvan we wisten dat in het leerlingenbestand voldoende Hindostaanse leerlingen te vinden zouden zijn. De scholen - in de persoon van de lokatieleider of zorgmanager - kregen de literatuurstudie en de onderzoeksopzet uitgereikt zodat zij zich een beeld konden vormen van het belang en de inhoud van het onderzoek. Alle vier benaderde scholen zegden hun medewerking toe. Omdat het benodigde aantal HAVO/VWO-responentes op één school aanwezig bleek, was het niet nodig om beide benaderde HAVO/VWO-scholen bij het onderzoek te betrekken.

Per school werd een introductiebijeenkomst voor de potentiële respondentes belegd, waar de aanleiding van het onderzoek werd toegelicht en werd verteld wat deelname in de praktijk zou betekenen. Van de HAVO/VWO-school waren alle veertien Hindostaanse meisjes vanaf klas 4 aanwezig; zij hebben allen aan het onderzoek deelgenomen. Hetzelfde geldt voor de twaalf leerlingen van de ene MBO-school. Van de andere MBO-school namen uiteindelijk vier meisjes deel aan het onderzoek; mogelijk was hier uitval doordat de gesprekken niet binnen de school konden plaatsvinden.

Ter informatie aan de ouders was er een brief van de GGD-directeur waarin de aanleiding en het belang van het onderzoek onder de aandacht werden gebracht, evenals de mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen tegen de deelname van hun dochter aan het onderzoek. Geen van de ouders heeft dat gedaan.

#### Methodiek

Er is een externe begeleidingscommissie gevormd van vrouwen die dicht bij de onderzoeksgroep staan en die zich goed kunnen verplaatsen in de situatie van de respondentes.

In de begeleidingscommissie hadden zowel professionals als jonge allochtone vrouwen zitting. Het was de taak van de begeleidingscommissie om mee te denken, respectievelijk mee te beslissen over de onderzoeksopzet en de itemlijst, de analyse van de interviews, het eindverslag en de presentatie van het eindresultaat. Er is bewust gekozen voor een gemengde allochtone samenstelling van de commissie, omdat de verwachting was - gezien wat daarover bekend is vanuit de literatuur en de media - dat de situatie en de ervaringen van Hindostaanse meisjes in essentie niet zouden verschillen van die van bijvoorbeeld Turkse of Marok-

kaanse meisjes en vooral graduele verschillen te zien zouden geven.

Gezien het thema van het onderzoek en het feit dat dit vanuit het perspectief van de respondentes wordt belicht, lag het doen van kwalitatief onderzoek voor de hand. Kwalitatief onderzoek biedt de mogelijkheid om - in onze situatie via face-to-face-gesprekken - te komen tot een verklaring voor en het toekennen van betekenis aan verschijnselen vanuit het perspectief van de respondentes.

We hebben gekozen voor het houden van diepte-interviews; een vorm van onderzoek die zowel de respondentes als de onderzoekster veel ruimte biedt. In de interviews met de respondentes kwamen de volgende onderwerpen aan bod: demografische kenmerken van de ouders, migratiegeschiedenis en etnische oriëntatie, school, uitgaan en vriendschappen, vriendjes/seksualiteit/maagdelijkheid, gezinsrelaties en opvoeding, welbevinden en levenssatisfactie, bekendheid met parasuicide. De gesprekken met de meisjes gingen niet alleen over de stand van zaken ten aanzien van deze domeinen, maar vooral over hoe (on)tevreden de respondentes zijn over de verschillende onderdelen in hun leven en waaraan ze die (on)tevredenheid toeschrijven.

De gesprekken met de dertig respondentes hebben een jaar in beslag genomen: van oktober 2001 tot en met november 2002. Per respondente hebben vier tot zes gesprekken van één tot anderhalf uur plaatsgevonden. De bandopnamen van de gesprekken zijn vrijwel volledig uitgetikt en het totaalverslag werd na het laatste gesprek ter goedkeuring voorgelegd aan elke respondente afzonderlijk. Op een kleine wijziging na hebben de respondentes geen veranderingen aangebracht in dit verslag. Tijdens dit laatste gesprek is aan elke respondente die in moeilijkheden verkeerde en hulp kon gebruiken, nazorg aangeboden in de vorm van hulp van de vertrouwenspersoon op school. Van dit aanbod heeft geen van de respondentes gebruik gemaakt. Sommigen hadden al contact met de vertrouwenspersoon of een hulpverlener, de anderen wilden dat niet, om uiteenlopende redenen, zoals: niet steeds met je problemen bezig willen zijn, hopen dat het vanzelf overwaait, het niet prettig vinden dat leerkrachten weten dat je in moeilijkheden verkeert, en dergelijke.

Na autorisering van de interviews hebben de respondentes een drietal korte vragenlijsten voorgelegd gekregen die respectievelijk inzicht verschaffen in de zelfwaardering van de respondentes (Rosenberg Self-Esteem scale, 1965), hun levenssatisfactie (Levenssatisfactieschaal, Diener & Emmons, 1984) en de aan-

wezigheid van depressieve gevoelens (Vragenlijst depressie bij adolescenten, Kandel & Davies, 1982). Deze vragenlijsten waren bedoeld als controle op de inhoud van de interviews: klopt het beeld dat de respondente in de gesprekken van haar situatie heeft geschetst met het beeld dat ze van zichzelf geeft in genoemde vragenlijsten. Dat bleek op twee na voor alle meisjes het geval.

Alle individuele verhalen van de respondentes zijn geanonimiseerd. Daarnaast zijn specifieke kenmerken over bijvoorbeeld de woon- en gezinssituatie of het werk van de ouders weggelaten. Uitzonderlijke persoonlijke ervaringen die uitsluitend op één persoon betrekking konden hebben, hebben we eveneens weggelaten of enigszins bewerkt.

Aan het eind van de interviewfase is het conceptverslag van het onderzoek - inclusief conclusies en aanbevelingen - per school in groepsbijeenkomsten aan de respondentes voorgelegd.

#### De belangrijkste bevindingen

Aan de respondentes is expliciet gevraagd of ze tevreden zijn met hun leven, in welke mate en ten aanzien van welke domeinen. Uit hun reacties blijkt dat tweederde van de respondentes redelijk tot zeer tevreden is over hun leven, en dat eenderde bepaald ontevreden is over het huidige bestaan. We bespreken beide groepen respondentes hieronder afzonderlijk.

#### Ontevreden meisjes

De verklaring van hun onvrede moet volgens de respondentes vooral gezocht worden in een gebrekkige communicatie tussen ouders en dochters en/of een gebrek aan keuze- en bewegingsvrijheid en de daarmee verband houdende sociale controle. Zo heeft de helft van de ontevreden meisjes thuis heftige conflicten (gehad) over vriendjes, anderen over de besteding van hun vrije tijd (bijvoorbeeld meteen uit school naar huis), uitgaan en omgang met jongens in het algemeen.

*Ik heb het niet naar mijn zin thuis. Van kleins af aan is de band met mijn vader niet goed, dat doet wel pijn. En het is echt een tweestrijd bij ons thuis. Mijn vader wil me zo veel mogelijk thuis houden. Ik moet meteen uit school naar huis en in het weekend moet ik thuis blijven. Ik zit eigenlijk altijd op mijn kamer, terwijl ik juist niet zoveel thuis wil zijn omdat ik het daar niet naar mijn zin heb. Een we praten thuis nooit over hoe je je voelt en wat je denkt.*

### Contact tussen ouders en dochters

De belangrijkste klacht van de ontevredenen is dat ze van mening zijn dat hun ouders niet luisteren, niet met hen praten, geen rekening houden met hun behoeften en geen belangstelling tonen voor wat hen bezighoudt. In sommige gevallen heeft de communicatie tussen ouders en respondentes vooral een negatief karakter omdat ouders niet uit de voeten kunnen met de behoefte van hun dochters aan zelfstandigheid en democratisering van de gezinsverhoudingen. Het leidt tot het aanpraten van een schuldgevoel, vernederen, kleineren, dreigen en/of slaan, met als gevolg gevoelens van machteloosheid en een negatief zelfbeeld. Er zijn echter in deze groep ook ouders die er wel in slagen hun dochters de nodige ruimte te bieden en een brug te slaan tussen de eigen en de Nederlandse cultuur. Dat maakt het voor de dochters een stuk minder lastig om te schakelen van de ene naar de andere cultuur. Wat dat betreft vormen de ouders van onze onderzoeksgroep, zoals te verwachten, geen homogeen gezelschap. Eensluidend zijn wel de klachten van de ontevreden meisjes. Bij de meesten doen een slechte sfeer thuis, het ontbreken van positieve communicatie tussen ouders en kinderen, het gebrek aan mogelijkheden tot individuele expressie en verkenning van de wereld, en de nadruk op onvoorwaardelijke gehoorzaamheid, zich tegelijkertijd voor. De verhalen van de ontevreden respondentes laten zien dat er van een bevredigende ouder-kindrelatie - met steun, warmte, affectie en voldoende ruimte voor identiteitsvorming en ontwikkeling naar zelfstandigheid - lang niet altijd sprake is.

De relatie tussen een negatieve thuissituatie en negatief welbevinden blijkt zeer sterk. Onder 'het goed hebben' verstaan de meisjes dat er sprake is van een open en empathische communicatie tussen ouders en dochters; dit komt onder andere tot uitdrukking in de gehanteerde opvoedingsstijl, de ruimte en bewegingsvrijheid voor dochters om hun belangstelling te volgen, de mogelijkheid om de vrije tijd binnen aanvaardbare grenzen naar eigen inzicht in te vullen en de mate waarin de meisjes onbelemmerd relaties met leeftijdgenoten kunnen aangaan. De ontevreden en soms ronduit ongelukkige meisjes willen meer dan materiële verzorging en schoolsucces, zij verlangen naar betrokkenheid van de kant van hun ouders. Ze hopen te vaak vergeefs op steun, aanmoediging, bevestiging, genegenheid en begrip van de kant van hun ouders.

*Het is gezellig bij ons thuis. Ik praat heel veel met mijn ouders, over alles. Mijn ouders willen niet dat ik ga roken of met verschillende jongens omga. Dan gaat de familie denken 'wat is dat voor een meisje'. Maar ze vertrouwen me meer dan vroeger, de laatste tijd controleren ze toch minder. Ik denk dat ze me niet tegen zullen houden als ik echt iets wil.*

### Keuze- en bewegingsvrijheid

Uit de bijdragen van de meisjes valt op te maken dat vrijheidsbeperking vooral voortkomt uit de angst van ouders dat hun dochters de eer van de familie zullen schaden. Die eer kunnen ze schaden door vrij om te gaan met jongens, door het hebben van wisselende vriendjes, en door het verlies van hun maagdelijkheid. Het woord 'eer' verwijst altijd naar het seksuele. Omdat dochters door hun gedrag de eer van de familie zouden kunnen schaden, wordt die eer - in de persoon van de dochter - door ouders en familie scherp bewaakt. Het gebrek aan vrijheid van een substantieel deel van de respondentes kan hoofdzakelijk worden toegeschreven aan het belang dat door ouders wordt toegekend aan behoud van maagdelijkheid tot aan het huwelijk. Vanwege het belang dat hieraan wordt toegekend is de opvoeding gericht op een scheiding der seksen. Dit leidt regelmatig tot een sfeer van wantrouwen tussen ouders en dochters. De omgang met jongens is aan regels gebonden, en dat maakt het voor meisjes niet gemakkelijk om tot een afgewogen partnerkeuze te komen.

*Ik ken mijn vriend al lang, hij is heel belangrijk voor me. Ik heb er thuis onwijs veel ruzie over, maar ik geef hem niet op. Soms loopt het hoog op, dan wordt er gebuild, geschreeuwd, alles tegelijk. Mijn ouders willen dat ik kies, dat ik het huis uitga als ik voor hem kies. Ze hadden het ook direct over trouwen, want je eerste vriendje moet wel je man worden. Een heleboel meisjes hebben dezelfde problemen als ik en als je verstoten wordt door je familie, dan heb je gewoon niemand meer, niemand.*

Verschillende respondentes zijn eraan toe om seksuele relaties aan te gaan, maar zijn niet opgewassen tegen de druk die van de omgeving uitgaat. Wat met de mond beleden wordt is echter niet altijd de praktijk. Een enkel meisje is wel seksueel actief (geweest), maar dat betekent in de regel dat dit veel angst met zich meebrengt: angst voor zwangerschap, angst voor ontdekking, een slechte naam, afname van de huwelijkskansen.

*Toen mijn ouders er achter kwamen dat ik een vriend had ben ik het huis uitgestuurd. het was een hele heisa. Ze hebben me gedwongen om het uit te maken, en dat heb ik gedaan. Maar het is niet uit, hoor. Ik ga met mijn vriend naar plaatsen waar we niemand tegen kunnen komen. In de weekenden en de vakanties zie ik hem niet, want dan kan ik niet naar buiten gaan. Met mijn vriendinnen praat ik veel over mijn problemen. Ik weet gewoon dat ik een keer explodeer, dan kan ik het gewoon niet meer hebben.*

Meisjes met weinig of geen bewegingsvrijheid hebben beperkte mogelijkheden om zichzelf en de wereld te leren kennen en relaties met leeftijdgenoten aan te gaan. Dat maakt dat ze ongelukkig zijn en in sommige gevallen de wanhoop nabij. Ze isoleren zich, krijgen psychosomatische klachten of beschadigen zichzelf, hebben weinig greep op hun leven en zouden dat graag anders zien. Zij zien stiekem gedrag als de enige uitweg. Meisjes die zowel binnens- als buitenshuis voortdurend gecontroleerd worden, en dus het minst te vertellen hebben over hun eigen leven, zijn het ongelukkigst.

De uitingen van die ongelukkige gevoelens zijn soms heftig. Twee van de ontevreden meisjes hebben een zo serieuze zelfmoordpoging ondernomen dat ziekenhuisopname het gevolg was; bij twee anderen is het bij een halfslachtige en onontdekte poging gebleven. Onder de ontevreden meisjes waren er nog vier die weliswaar nooit een poging tot zelfdoding hebben gedaan, maar die wel vaak denken aan de dood en/of zelfmoord. Het doen van een zelfmoordpoging of het denken daaraan gaat bij deze acht respondentes vrijwel altijd samen met een niet-harmonieuze thuissituatie, een ongelukkige jeugd, gebrek aan bewegingsvrijheid, weinig contact met leeftijdgenoten, en vaak ook nog eens met slechte schoolprestaties. Het leven van de ontevreden en ongelukkige meisjes verloopt op bijna alle fronten niet zoals ze willen. Zij hebben hun leven niet in eigen hand. En dit niet zelf kunnen kiezen maakt ongelukkig. De meeste ontevredenen hebben verder met elkaar gemeen dat ze niet alleen negatief denken over het heden, maar ook over het verleden en dat ze sceptisch of afwachtend staan tegenover de toekomst. Ze hopen er maar het beste van. Zij vervallen in hulpeloos en afhankelijk gedrag en zien niet hoe ze zelf verandering in hun situatie kunnen aanbrengen, ontmoedigd als ze zijn door de door hun ouders opgelegde sancties. Het mag dan een minderheid zijn die gebukt gaat onder verregaande restricties en een onbevredigende relatie met de

ouders, het is een aanzienlijke minderheid: zeker een derde van de onderzoeksgroep.

*Ik had als klein kind al een minderwaardigheidsgevoel, ik heb altijd gedacht dat anderen me niks vonden. Ik ben vaak gespannen. Buitenshuis ben ik blij, maar zodra ik thuis kom ben ik somber. Thuis heb ik ook wel huilbuien op mijn kamer. Ik voel me ongelukkig, in de steek gelaten, eenzaam, niet gewaardeerd. Omdat ik nu een vriend heb (stiekem), heb ik houvast, nu is er echt iemand die van me houdt. Ik ben niet tevreden met mijn leven, ik weet zeker dat het beter wordt als ik getrouwd ben.*

En dan zijn er natuurlijk problemen die een leeftijd-specifiek karakter hebben, die bij de adolescentie horen. De adolescentie is immers per definitie voor veel ouders én kinderen een spannende en kwetsbare periode; aanvaringen en verschillen in opvatting tussen ouders en kinderen horen er in deze periode van identiteitsvorming nu eenmaal bij. Verschil in opvatting tussen ouders en kinderen over wat hoort en mag kan in deze periode so wie so een bron van conflicten vormen. Maar in ons onderzoek gaat het niet alleen om zulke kwesties. De problemen van een aantal respondentes zijn ernstiger van aard en hebben vooral te maken met de heersende opvattingen over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen, en de gehanteerde opvoedingsstijl.

#### Tevreden meisjes

Zoals er bij de ontevreden respondentes een negatief verband is tussen enerzijds de situatie thuis en de opvattingen van hun ouders en anderzijds hun welbevinden, laten de verhalen van de tevredenen zien dat er een positief verband is tussen de situatie thuis en hun welbevinden: onder de tevredenen zijn slechts twee respondentes die matig tevreden zijn over het contact met hun ouders, terwijl omgekeerd onder de ontevredenen slechts één respondente te vinden is die tevreden is over de sfeer thuis en het contact met haar ouders. Met de tevreden respondentes gaat het over de hele linie goed. Zij hebben een redelijk tot warm contact met hun ouders, ze vinden dat ze voldoende positieve aandacht van hun ouders, familieleden en/of leeftijdgenoten ontvangen, ze zijn van mening dat ze in voldoende mate zelf kunnen bepalen hoe hun leven eruit ziet en dat ze genoeg ruimte hebben om eigen keuzes te maken, ook al legt de één daarbij de lat hoger dan de ander. Sommige tevreden meisjes zijn weliswaar niet helemaal te spreken over de hoeveel-

heid bewegingsvrijheid, maar zij leggen zich bij de situatie neer omdat ze óf nog erg jong zijn en ervan uitgaan dat hun tijd nog wel zal komen óf omdat de sfeer thuis goed is en ze dat zo willen houden.

*Ik wil wel maagd blijven tot mijn huwelijk, dat is een wens, maar ik vind niet dat het een verplichting moet zijn. En ik heb een vriend, dus ik weet voor wie ik het bewaar. Van mijn moeder hoef ik niet per se maagd te blijven.*

*In het weekend ga ik uit. Mijn ouders kennen bijna al mijn vrienden. Er moeten wel altijd jongens meegaan, zwagers of neven. Die laten ons gaan, maar ze houden ons wel in de gaten, dat is lekker relaxed.*

Dit alles wil niet zeggen dat de tevreden meisjes geen problemen hebben (gehad) thuis of elders. Er zijn tevreden meisjes die niet bepaald met vreugde op hun jeugd terugkijken, sommigen hebben als klein kind een nare tijd gehad - bijvoorbeeld vanwege scheidingsperikelen of de confrontatie met huiselijk geweld - maar het leven van deze respondentes is na de scheiding zóveel prettiger geworden dat de negatieve ervaringen uit het verleden niet meer de boventoon voeren. Er zijn ook tevreden meisjes die in het verleden, bijvoorbeeld na ontdekking van een geheim vriendje, stevige aanvaringen met hun ouders hebben gehad. Verder valt op dat een substantieel deel van de tevreden meisjes net als de ontevreden meisjes niet bepaald te spreken is over de sociale controle door familieleden en de Hindostaanse gemeenschap.

#### **Sociaal-economische factoren en welbevinden**

We zijn ook nagegaan in hoeverre sociaal-economische factoren en religieuze opvattingen van invloed zijn op bijvoorbeeld de opvoedingsstijl van de ouders en/of het welbevinden van de respondentes en hun tevredenheid over het leven. Om te beginnen kunnen we vaststellen dat wat betreft sociaal-economische factoren als arbeidsparticipatie, opleiding, inkomen, taalbeheersing en huisvesting, de ouders in de onderzoeksgroep een positief beeld laten zien. Deze factoren hebben geen negatieve invloed op het welbevinden van de respondentes. Hun ouders -vaders én moeders- spreken goed Nederlands, zijn redelijk tot goed geschoold en hebben bijna allemaal werk. Uit de bestudeerde literatuur kwam naar voren dat de hulp van reeds aanwezige familieleden, de wil om vooruit te komen en de bereidheid om hard te werken

ertoe hebben bijgedragen dat Hindostanen zich vrij snel een plaats hebben weten te verwerven in de Nederlandse samenleving. Het is daarom niet verwonderlijk dat Hindostanen op sociaal-economisch gebied als een succesvol geïntegreerde bevolkingsgroep worden beschouwd. Zij hebben zich een plaats verworven in het publieke domein, met behoud van eigen cultuur en identiteit in het privé-domein. Net als de meeste migrantenouders zijn Hindostaanse ouders ambitieus als het om hun kinderen gaat. Zij streven ernaar dat hun kinderen het beter krijgen dan zij zelf. Dat geeft hun migratie zin. De ouders van de respondentes passen in dit beeld: het overgrote deel van de ouders heeft een baan, hecht veel belang aan scholing, de band met Suriname wordt losser.

Van de respondentes zijn er zesentwintig hindoeïstisch opgevoed en vier islamitisch. Geen van de respondentes geeft aan dat religieuze voorschriften en godsdienstbeleving een negatieve invloed hebben op hun welbevinden. Over het algemeen spreken zij met waardering over de godsdienst waarmee ze zijn opgevoed. Hierbij moet worden opgemerkt dat de ouders in het algemeen zelf niet erg streng lijken met betrekking tot religieuze voorschriften en/of dat zij hun dochters op dat gebied de nodige ruimte geven.

In de gesprekken met de respondentes is ook aandacht besteed aan de gezinssamenstelling en de aard van de relatie met de ouders. De gezinssamenstelling blijkt niet van doorslaggevende betekenis voor het gevonden verschil in welbevinden. Het aantal gescheiden moeders bedraagt zowel onder de ontevreden als de tevreden meisjes 50%. Toch is er op dit punt wel enig verschil: de gescheiden moeders van de meisjes die niet tevreden zijn met hun huidige bestaan zijn niet hertrouwd, terwijl er verscheidene tevreden meisjes zijn die melding maken van een stiefvader met wie ze een goed contact hebben opgebouwd. De ontevreden meisjes groeien in de praktijk vaker op in een éénoudergezin, en hebben tevens vaker te maken met een onbekende vader of met een vader met wie geen contact is. Er lijkt dan ook een verband te bestaan tussen een afwezige vader en de mate van welbevinden van de verschillende respondentes.

#### **Beleidsaanbevelingen**

Omdat dit onderzoek mede tot doel heeft op grond van de resultaten verder beleid ten aanzien van Hindostaanse meisjes te ontwikkelen, hebben we het onderzoeksverslag vergezeld doen gaan van aanbevelingen.

Op grond van de bevindingen is ons inziens de con-



clusie gerechtvaardigd dat beleid zich vooral zou moeten richten op drie terreinen: de overheersende opvattingen over man-vrouw-relaties in Hindostaanse kring, de communicatie tussen ouders en kinderen - die tussen ouders en dochters in het bijzonder - en de vergroting van de weerbaarheid van Hindostaanse meisjes.

#### Discussie in eigen kring

Een basale discussie in Hindostaanse kring over de wenselijkheid van een gelijkwaardige man-vrouw-relatie lijkt ons onontkoombaar. De gebrekkige communicatie tussen een aantal ouders en hun dochters is immers voor een belangrijk deel een afgeleide van de heersende opvattingen over de positie van vrouwen. Het is moeilijk wezenlijke veranderingen te bewerkstelligen als niet binnen de Hindostaanse gemeenschap en onder Hindostaanse ouders andere inzichten in deze ontstaan. Het zwijgen over seksualiteit, relatievorming en maagdelijkheid zou doorbroken moeten worden zodat meisjes niet alleen de ruimte krijgen om zelf over hun lichaam en leven te beschikken, maar tevens verlost worden van hun gevoelens van schuld en schaamte.

#### Gespreksgroepen voor ouders

De communicatie tussen ouders en kinderen wordt echter niet alleen negatief beïnvloed door verschillen in opvatting over man-vrouw-relaties. Het relaas van de respondentes laat zien dat negatief welbevinden ook wordt veroorzaakt door een gebrek aan positieve communicatie tussen ouders en dochters, dat niet uitsluitend is toe te schrijven aan de beperkte bewegingsvrijheid voor de meisjes. Onze indruk is dat het voor verschillende ouders moeilijk is om tot een harmonieuze en warme relatie met hun kinderen te komen, een relatie die wordt gekenmerkt door onderling vertrouwen en de bereidheid om naar elkaar te luisteren. Ouders vormen dan ook een belangrijke schakel bij het oplossen van de door de respondentes ervaren problemen. Het is daarom zinvol om in te ontwikkelen beleid ook aandacht te besteden aan het verwerven van communicatieve vaardigheden in opvoedingssituaties door het organiseren van gespreksgroepen voor ouders. In deze op te zetten gespreksgroepen kan aandacht besteed worden aan onderwerpen als: opvoedingsstijlen, communicatieve en onderhandelingsvaardigheden, omgaan met conflicten, seksualiteit en maagdelijkheid, de positie en de moeilijkheden van meisjes, en dergelijke.

#### Hulp en steun aan meisjes

Daarnaast zal ons inziens beleid zich - voor zover dat nog niet of in beperkte mate gebeurt - moeten richten op hulp en steun aan Hindostaanse en andere meisjes van allochtone afkomst, op individueel en op groepsniveau.

##### *Individuele hulp*

Meisjes die over weinig tot geen bewegingsvrijheid beschikken hebben baat bij concrete ondersteuning in hun pogingen om problemen thuis te voorkomen of op te lossen. Dat kan op individuele basis in de sfeer van hulpverlening, maar ook in groepsverband. Zo lijkt het ons een goede zaak dat hulpverleners op vaste tijden spreekuur houden op school. Spreekuur op school is vooral van betekenis voor meisjes met de minste bewegingsvrijheid. Het stelt ze in staat om überhaupt een beroep te doen op de hulpverlening. Bovendien kan hulp op school ongezien door de buitenwereld plaatsvinden: het voorkomt dat meisjes in deze of gene wachtkamer bekenden tegen het lijf lopen. Gezien de sceptische en soms afwijzende houding van sommige meisjes tegenover hulpverleners uit de eigen etnische groep, zou het idee dat jongeren het liefst geholpen willen worden door een hulpverlener van gelijke etnische afkomst, nog eens tegen het licht moeten worden gehouden. Ons onderzoek wijst voornamelijk op het tegendeel.

##### *Steun en hulp in groepsverband*

Ook is een aanbod voor groepen meisjes relevant. Zo zullen de meisjes ook zelf het heft in handen moeten nemen om hun situatie in positieve zin te veranderen. De gedachten gaan daarbij uit naar het opzetten van gespreksgroepen voor meisjes op school. Doel is om meisjes te steunen in hun streven naar onafhankelijkheid en zelfstandigheid en ze meer greep te laten krijgen op hun situatie door daarvoor de middelen aan te reiken. Het ligt voor de hand om in dergelijke gespreksgroepen aandacht te besteden aan onderwerpen als: sociale en communicatieve vaardigheden, (verbetering van) contact tussen ouders en dochters, conflicthantering, de positie van meisjes, seksualiteit en relatievorming, toekomstplannen en idealen. Het uitwisselen van persoonlijke ervaringen staat daarbij centraal. Op deze manier kunnen meisjes wellicht gevoelens van wanhoop en machteloosheid, het gevoel slachtoffer te zijn van de omstandigheden, de baas worden en zelf de touwtjes in handen leren nemen.

### Het commentaar van de respondentes op het onderzoeksverslag

In de tweede helft van 2003 is het conceptonderzoeksverslag voorgelegd aan de respondentes. We wilden graag weten of zij zich herkenden in het geschetste beeld, of ze zich konden vinden in het commentaar van de onderzoekster en hoe ze dachten over de conclusies en aanbevelingen. Vierentwintig respondentes hebben in groepen aan deze commentaar ronde meegedaan. In de gesprekken zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen: herkenning, anonimisering, conclusies, aanbevelingen, invloed van het onderzoek op de individuele respondentes. De reacties van de meisjes gaven geen aanleiding tot bijstellen van het conceptverslag, toch zijn ze van betekenis omdat ze voor een belangrijk deel de onderzoeksbevindingen bevestigen en deze hier en daar wat aanscherpen.

Het eerste wat de meisjes opviel was dat ze niet als enige problemen hadden met hun ouders over 'vrijheid en jongens en zo'. Ze constateerden dat de problemen van de meesten op hetzelfde neerkomen: geen vrijheid, geen vriendjes, niet uitgaan, veel verboden en niet kunnen praten met je ouders. De ontevreden meisjes vonden het vaak tot hun eigen verrassing prettig om eens met een buitenstaander te praten over hun situatie. Het schiep wat orde in de chaos. De lezing van de conceptrapportage, waarbij respondentes voor het eerst hun eigen situatie met die van anderen konden vergelijken, bleek het gevoel van eenzaamheid van sommige ontevreden meisjes te hebben verminderd. Het was voor hen een ontdekking dat ze niet de enigen waren met dit soort problemen. Onder de tevreden respondentes waren er die zeiden dat het onderzoek ertoe heeft bijgedragen dat ze bewuster over hun situatie zijn gaan nadenken, of dat ze hun problemen wat meer zijn gaan relativeren.

Sommige respondentes vonden het totaalbeeld te positief, anderen te negatief in vergelijking met hun eigen situatie. Over het algemeen komen de reacties van de respondentes erop neer dat de meesten - op de echt ontevreden meisjes na - verwacht hadden dat de situatie van de andere respondentes op die van hen zou lijken.

De respondentes bleken zich te kunnen vinden in de commentaren en in de conclusies en aanbevelingen, want, zoals één van de meisjes het uitdrukte: *ik dacht nooit 'waar heeft ze het over'.*

De gebrekkige *communicatie tussen ouders en dochters* werd in de nabespreking het vaakst als probleem genoemd en tevens het belangrijkste probleem geacht. Het zit de meeste respondentes erg hoog dat ze niet

met hun ouders kunnen praten over wat ze meemaken en over wat hen bezighoudt. De belangrijkste klacht blijkt dat ouders hun dochters niet vertrouwen en 'dan moet je wel dingen stiekem doen en als ze daar dan achter komen, denken ze dat ze je terecht niet vertrouwen'. Veel respondentes vinden dat ouders daar eens op gewezen moeten worden: *'Ouders zouden voorlichting moeten krijgen over dat ze meer vertrouwen in hun kinderen moeten hebben, ze gaan heus niet van die domme dingen doen als ze meer mogen'.* De meeste respondentes zijn verder van mening dat de relatie met hun ouders zal verbeteren als ze meer vrijheid en ruimte krijgen om eigen beslissingen te nemen *'omdat dan het wantrouwen weg is en je geen dingen stiekem meer hoeft te doen.'* Meisjes die zich in hun vrijheid beperkt voelen zeggen dat ze geen kant op kunnen; stiekem doen leidt op den duur tot problemen en schuldgevoelens, onbezorgd genieten is er niet bij, maar thuis vertellen wat je buiten school doet is ook geen optie, want dan heb je 'om de haverklap ruzie'. En ruzie hebben is geen pretje, aldus de respondentes, omdat het heel hoog op kan lopen en ruzies niet worden uitgepraat en bijgelegd, laat staan dat er compromissen kunnen worden gesloten.

Wat opvalt is dat veel respondentes, desondanks, begrip voor de houding van hun ouders op kunnen brengen. Ze begrijpen dat hun ouders willen dat ze doorleren, zodat ze het later beter zullen krijgen dan hun ouders en goed terecht komen, ze begrijpen dat hun ouders willen dat ze trouwen met een man met goede vooruitzichten. Dat willen ze zelf ook allemaal. Maar ze begrijpen niet dat het daarvoor nodig is dat hun vrijheid wordt beperkt en dat ze niet worden vertrouwd. Ze vinden hun ouders te beschermend en veronderstellen dat deze er niet aan kunnen wennen dat in Nederland over alles open kan worden gepraat. Ten slotte willen de respondentes nog wel iets kwijt over de familiecontrole. Ze zeggen dat ouders vaak strenger zijn dan ze zelf willen, alleen maar om te voorkomen dat het gezin over de tong gaat. Daarom vinden de respondentes dat het ondertussen wel tijd wordt dat er eens over het een en ander wordt *gepraat in Hindostaanse kring*, want 'het mag geen Hindostaan ontgaan dat er problemen zijn'.

Het voorstel om *gespreksgroepen voor meisjes* te organiseren valt in goede aarde, zowel bij tevreden als bij ontevreden meisjes. Meer scepsis bestaat er over de voorgestelde *gespreksgroepen voor ouders*. Er wordt weinig geloof gehecht aan de uitvoerbaarheid van dit plan, hoewel men het een heel mooi idee vindt. Men twijfelt aan de bereidheid van ouders om met anderen te praten over zaken die met opvoeding te maken heb-

ben. Samengevat zeggen de respondentes: een goed idee, die gespreksgroepen voor ouders, het is het proberen waard, maar het zal heel moeilijk zijn om ouders voor zo'n activiteit te interesseren, *'want ouders vinden dat ze het prima doen'*.

De respondentes hopen dat de uitkomsten van het onderzoek iets in beweging zullen zetten binnen de Hindostaanse gemeenschap en bij Hindostaanse ouders. Ze hebben de hoop dat veel van wat nu onbe-

sprekbaar is bespreekbaar zal worden omdat 'er niks kan worden opgelost zolang er niet over bepaalde dingen wordt gepraat'.

Uit de interviews en de geanimeerde discussies over het concept-onderzoeksverslag blijkt dat de besproken onderwerpen de respondentes erg bezig houden en dat praten helpt. Het vormt een extra pleidooi voor het organiseren van gespreksgroepen voor meisjes op school.

## Werkconferentie 16 juni 2004

De onderzoeksbevindingen zijn vervolgens voorgelegd aan een wat bredere groep, te weten vertegenwoordigers van de Hindostaanse gemeenschap en van de scholen waar de meisjes onderwijs volgen. Wat zouden hun mening zijn? Wat zou er in gang gezet kunnen worden om de communicatie tussen ouders en dochters te verbeteren? Kunnen de meisjes en hun ouders hierin worden ondersteund? En kunnen de scholen hierbij een rol spelen?

Dergelijke vragen stonden centraal op een werkconferentie die op 16 juni 2004 plaatsvond. Vijfendertig deelnemers bogen zich, in een zeer intensieve discussie, over bovenstaande vragen. Vooral van de zijde van de aanwezigen uit Hindostaanse kring werd aandacht gevraagd voor de sociaal-maatschappelijke achtergronden. Zo levert een geschiedenis met recent twee migraties (van India naar Suriname en van Suriname naar Nederland) specifieke problemen op voor een bevolkingsgroep. Ook moet behoedzaam worden omgegaan met de aantallen pogingen tot zelfdoding als indicator voor psychosociale problematiek. Als de Hindostaanse bevolkingsgroep wordt vergeleken met andere groepen, ligt het voorkomen van pogingen tot zelfdoding wel hoger, maar voor een deel komt dit doordat het een manier is van zich uiten die in de Hindostaanse cultuur misschien gebruikelijker is dan in sommige andere culturen, aldus de Hindostaanse deelnemers. Zo is in de Indiase cinema een zelfmoordpoging een nogal frequent voorkomend verschijnsel, wat op zich al als voorbeeld kan werken. Deze kanttekeningen namen niet weg dat men zich wel herkende in de beelden die in het rapport *'Laat me los, hou me vast'* worden opgeroepen. Dit gold zowel voor de vertegenwoordigers van de Hindostaanse gemeenschap als voor de aanwezige vertrouwenspersonen van scholen. Algemeen werd ook onderschreven dat de scholen een aanknopingspunt kunnen vormen om tot verandering te komen. Daar-

voor is het wel nodig dat vertrouwenspersonen de signalen herkennen. De meisjes om wie het gaat vallen vaak niet op, en onderscheiden zich misschien nog het meest door een veelal stil en teruggetrokken gedrag. Naast de scholen werd gewezen op de mogelijkheden die er bestaan via de eigen Hindostaanse organisaties, de Hindostaanse media en mandirs (Hindoe-tempels) en de moskeeën. Het is niet ongebruikelijk dat pandits (Hindoe-priesters) en imams maatschappelijke kwesties aansnijden en dat men deze bespreekt binnen mandir of moskee. In dit verband werd ook aandacht gevraagd voor de opleidingen van pandits en imams, die meer aandacht aan dergelijke vraagstukken zouden kunnen besteden. Meer in het algemeen gesproken, werd benadrukt dat vooral de Hindostaanse gemeenschap zelf aan de slag moet met deze problematiek. Of de zojuist beschreven ingangen daarvoor voldoende zijn is overigens niet zeker, aldus verschillende deelnemers aan de conferentie. In ieder geval zal niet iedereen worden bereikt via de eigen organisaties en via de mandirs en moskeeën.

Het onderwerp staat hoog op de agenda. De gemeente Den Haag zal dan ook in gesprek blijven met vertegenwoordigers van de Hindostaanse gemeenschap.

*Het onderzoeksrapport 'Laat me los, hou me vast' en het verslag van de werkconferentie van 16 juni 2004 kunnen worden besteld bij de GGD, telefoon 070 – 3537105.*

### Dankwoord

We willen de respondentes bedanken voor de tijd die zij aan het onderzoek hebben besteed en het vertrouwen dat zij in de onderzoekster hebben gesteld. Om voor de hand liggende redenen blijven de respondentes op deze plaats anoniem. Voorts willen we de scholen bedanken voor hun bereidwillige medewerking. Tevens willen wij de leden van de begeleidingscommissie bedanken:

- Mevrouw G. Mahabir, van Hindostaanse afkomst en studerend aan de Haagse Hogeschool (vierde jaar maatschappelijk werk);
- Mevrouw A. Demirel, van Turkse afkomst en studerend aan de Haagse Hogeschool (vierde jaar maatschappelijk werk);
- Mevrouw A. Choté, van Hindostaanse afkomst, wetenschappelijk medewerker aan de Erasmus-universiteit;
- Mevrouw T. Kalender, van Turkse afkomst en vertrouwenspersoon op een school voor HAVO en VWO;
- Mevrouw A. Manraj, van Hindostaanse afkomst en medewerkster van de Stichting Regionaal Steunpunt Surinamers;
- Mevrouw K. El Maim, van Marokkaanse afkomst en werkzaam bij emancipatiebureau Importante (voorheen Treize). Zij heeft alleen het eerste jaar deel uitgemaakt van de begeleidingscommissie, haar deelname is beëindigd na verhuizing naar elders.

### Literatuur

1. 'Op uw gezondheid! II'. Nota Volksgezondheid 2003-2006. Gemeente Den Haag, 2003.
2. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. Den Haag 1987-1993. Epidemiol Bul Grav 1998; nr 4: 7-13.
3. Salverda B. Laat me los, *bou me vast*. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. GGD Den Haag, 2004.

# Ontwikkelingen op de Spoed Eisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden

*F. de Voeght, Ch. van der Linden*

Het aantal patiënten dat zich uit eigen beweging, dus zonder tussenkomst van een huisarts, meldt bij de afdeling Spoed Eisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis, neemt de laatste jaren enorm toe.

Bij het Medisch Centrum Haaglanden (MCH), dat bestaat uit de lokaties MCH Westeinde in de binnenstad van Den Haag (met jaarlijks een totaal aantal patiënten van rond de 41.000) en MCH Antoniushove in Leidschendam (jaarlijks ongeveer 16.000 patiënten), is het vooral de lokatie Westeinde waar de 'zelfverwijzers' zich melden. Hun aantal ligt hier zelfs boven het landelijk gemiddelde van rond de 75%. Dagelijks komen hier zo'n 80 patiënten zonder tussenkomst van een huisarts. Door deze toeloop van 'zelfverwijzers' ontstaan er binnen het ziekenhuis problemen, zowel in de facilitaire sfeer (een tekort aan ligplaatsen op de afdeling), de personele sfeer (te weinig verpleegkundigen en arts-assistenten om de stroom op te vangen) als in de uitvoering van de werkzaamheden (kwaliteitsvermindering door toename van de werkdruk).

Wachttijden en doorlooptijden lopen op, mét het risico dat de ernst van de klacht van de zelfverwijzer niet goed wordt ingeschat(1). De wachtkamer zit vol met mensen, die alleen door de secretaresse gezien zijn. Tenslotte krijgen de op de afdeling verblijvende patiënten minder aandacht. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Onderstaand artikel beschrijft de oplossingen die MCH ontwikkelt om dergelijke problemen het hoofd te bieden.

## Zoeken naar oplossingen

De acute zorg staat volop in de belangstelling. Op verschillende plaatsen in het land wordt gewerkt aan de integratie van huisartsenposten en afdelingen SEH. Zorgverzekeraars Azivo en Nuts/Delta Lloyd hebben het voornemen om de huidige spoedeisende hulpverlening in de Haagse regio op efficiency te onderzoeken. Drie ziekenhuizen zouden een SEH moeten krijgen, waar huisartsen, tandartsen en verloskundigen gaan samenwerken. Eind december bracht de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) een advies uit met dezelfde strekking(2). Als het aan de Raad ligt, komt er één landelijk telefoonnummer voor meldingen en per regio één lokatie voor acute zorg.

De SEH-afdeling van Medisch Centrum Haaglanden volgt deze ontwikkelingen op de voet. De toestroom van acute patiënten heeft overigens niet alleen met 'zelfverwijzers' te maken, maar ook met een toename van de behoefte aan middel tot hoog complexe zorg. De Inspectie van Volksgezondheid geeft aan dat elke patiënt die zich meldt op de afdeling SEH gezien en zo nodig behandeld dient te worden door een arts. Om de grote toeloop van patiënten het hoofd te bieden is Medisch Centrum Haaglanden begonnen met 'triage', en het opleiden van SEH-artsen en Nurse Practitioners.

## Triage

In 2003 is MCH gestart met 'triage' volgens het Manchester Triage Systeem. MCH was een van de proeftuinziekenhuizen waar de richtlijn Triage uitvoerig is getest. In versneld tempo heeft men de randvoorwaarden gecreëerd om dit systeem te kunnen invoeren, zoals scholing, uitbreiding van de personele formatie, de bouw van een triagekamer en ICT ondersteuning. Wat houdt triage in?

Direct na de inschrijving wordt de patiënt gezien door een triageverpleegkundige. Dit is een gediplomeerd SEH-verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring; zij of hij bepaalt waar en door wie de patiënt zal worden behandeld. Aan triage werd ook de 'fast track' gekoppeld: het zelfstandig behandelen van patiënten met een laag complexe zorgvraag door een verpleegkundige. Dit bevordert de doorstroom, doordat de lichtere gevallen nu sneller worden geholpen.

Door te werken met het triagesysteem vermindert de kans dat kritieke situaties worden onderschat(3)(4)(5). Meerdere studies in Amerika en Groot-Brittannië laten afname in de wachttijden en doorlooptijden zien.

In MCH wordt nu bijna een jaar gewerkt met het Manchester Triage Systeem. De geluiden zijn positief. Verpleegkundigen ervaren meer rust op de afdeling nu

Over de auteurs:

Frans de Voeght is Organisatorisch Manager, Christine van der Linden is Nurse Practitioner. Beiden zijn werkzaam bij Medisch Centrum Haaglanden.

men weet dat patiënten in de wachtkamer gezien zijn door de triageverpleegkundige. Patiënten vinden dat zij snel geholpen worden. Zij kunnen meestal binnen vijf minuten na inschrijving hun verhaal kwijt, krijgen informatie over de gang van zaken op de afdeling en weten waarop en hoe lang ze moeten wachten. De vraag is of zij zich überhaupt wel realiseren dat zij binnen het triagesysteem worden geholpen. Patiënten die voor een advies komen, laten zich doorverwijzen naar de huisarts of zijn bereid het nog even aan te zien. Uit onderzoek blijkt ook dat patiënten het gevoel hebben dat ze niet vergeten worden(7)(2)(4).

Op dit moment loopt op beide lokaties een patiëntentevredenheidsonderzoek waarbij patiënten zowel mondeling als schriftelijk worden geëvalueerd, ook over het triagesysteem.

Het fast track systeem, waarbij de lichtere gevallen zelfstandig door de verpleegkundige worden afgehandeld, bleek in MCH Westeinde niet te combineren met triage, onder andere doordat de targettijden niet werden gehaald.

Al met al werd de organisatie wel beter, er kwam overzicht, maar de toeloop werd hiermee niet minder. De wachttijden, zeker voor de lagere urgentiecategorieën bleven lang, en het 'fast tracken' van patiënten was niet altijd haalbaar. Extra personele inzet was geboden.

#### **Spoedeisende Hulp artsen**

Om de grote toeloop van patiënten het hoofd te bieden is twee jaar geleden begonnen met het opleiden van zes SEH-artsen en Nurse Practitioners.

Voor de triage op de SEH van een ziekenhuis is doorgaans ook een poortarts aanwezig. Dit is vaak een jonge, net afgestudeerde arts die arbeidservaring opdoet op de SEH. De meesten zien deze stage als een tussenstap naar het echte werk in de kliniek. Hierin kan verandering komen als de SEH-arts duidelijker een plaats krijgt binnen het geheel. Patiënten op de SEH-afdeling worden nogal eens van specialisme naar specialisme gestuurd terwijl niemand een geheel beeld heeft van de zorg voor het individu. Goedopgeleide gespecialiseerde SEH-artsen met een brede algemene medische kennis zijn in staat ervoor te zorgen dat andere specialisten hun werk in de poliklinieken of op de afdeling efficiënter kunnen doen. Als de SEH-artsen op correcte wijze worden gestuurd en opgeleid, komt dat de wachttijden op de afdeling SEH, de tevredenheid van patiënten en de kwaliteit van de medische zorg ten goede.

MCH streeft ernaar om nog twee SEH-artsen op te leiden, waardoor er uiteindelijk acht zullen zijn. De afdeling streeft naar een 24-uurs dekking met SEH-artsen.

#### **Nurse Practitioners**

Hoewel sommige ziekenhuizen begonnen zijn met het opleiden van Nurse Practitioners, die in de toekomst als triageverpleegkundige kunnen gaan werken, gecombineerd met fast track, heeft het MCH voor een andere structuur gekozen.

Op dit moment wordt de triage uitgevoerd door een verpleegkundige, en in de toekomst blijft dat ook zo. De fast track functie, nu immers ook vaak al niet haalbaar, verdwijnt definitief uit het takenpakket van de triageverpleegkundige.

De triageverpleegkundige verwijst aan de hand van stroomschema's en protocollen en in overleg met de patiënt, deze voor behandeling door naar de arts op de Medium Care Unit, of naar de Nurse Practitioner op de Low Care Unit.

Essentieel bij het inzetten van Nurse Practitioners zijn scholing, protocollering en de mogelijkheid om terug te vallen op artsen.

Om patiënten zelfstandig te kunnen behandelen dient de Nurse Practitioner uiteraard over bepaalde competenties te beschikken. Sommige hiervan zitten in het curriculum van de opleiding, andere moeten in de praktijk worden verworven.

Voor de Nederlandse Nurse Practitioners op SEH-afdelingen blijkt dat ervaring een belangrijk fundament is. Vroeger 'adviseerde' de SEH-verpleegkundige de vaak jonge, net afgestudeerde dokter; nu verricht de verpleegkundige de handeling zelfstandig als SEH-Nurse Practitioner.

Taken die door de Nurse Practitioner kunnen worden uitgevoerd zijn bijvoorbeeld: het afnemen van een gecombineerde medische en verpleegkundige anamnese, het verrichten van lichamelijk onderzoek, het aanvragen van (geprotocolleerd) laboratorium- en röntgenonderzoek.

Voorbeelden van patiënten die door de Nurse Practitioner behandeld kunnen worden zijn, behalve alle patiënten die voorheen onder de fast track vielen: patiënten met een hechtwond zonder peesletsel, met kleine fracturen zonder dislocatie, met een contusie of een distorsie, patiënten met een brandwond, en de groep patiënten met een verpleegkundige zorgvraag. De Nurse Practitioner is geen minidokter, maar combineert medische taken met verpleegkundige taken.

De Nurse Practitioner onderzoekt de patiënt, vraagt eventueel een foto aan, beoordeelt deze, informeert de patiënt en zorgt ook voor de behandeling zoals het aanleggen van een gipsverband of het hechten van een wond.

Op de Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden zijn dit jaar nog twee verpleegkundigen met de opleiding tot Nurse Practitioner begonnen, waardoor er uiteindelijk drie Nurse Practitioners zullen zijn. De afdeling zal gedurende zeven dagen per week op piekmomenten de Nurse Practitioners inzetten.

### Verbouwing

De SEH van MCH Westeinde wordt verbouwd; er komt een scheiding in drie units:

- Een High Care Unit, met multidisciplinaire teams voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag. Hier zullen hoogwaardige diagnostische faciliteiten worden gerealiseerd.
- Een Medium Care Unit, waar SEH-artsen /arts-assistenten werken.
- Een Low Care Unit, met Nurse Practitioners en SEH artsen in opleiding. Voor patiënten bij wie de zorgvraag toch complexer blijkt, volgt doorverwijzing naar de Medium Care Unit. Gezien de huidige ontwikkelingen is het zeker niet ondenkbaar dat in deze unit de eerste- en tweedelijns samengaan.

### Software

Op dit moment wordt op en door de werkvloer het softwarepakket E-Care ontwikkeld. Met behulp van de gegevens uit E-Care zal het bedrijfsproces constant gevolgd kunnen worden. Gebruik van deze gegevens zal leiden tot toenemende efficiency van de interne organisatie en betere structurering van de dienstverlening aan de patiënten. In 2005 moet op beide afdelingen SEH het papieren dossier verdwenen zijn en zal de berichtgeving aan de huisartsen digitaal plaatsvinden.

### Callcenter

Uit onderzoek is gebleken dat hulpvragers buiten het ziekenhuis veelvuldig bellen voor telefonisch advies(8). Zij bellen de SEH voor een verpleegkundig of geneeskundig advies. Een SEH is laagdrempelig, gemakkelijk toegankelijk en 24 uur per dag bereikbaar.

Een goed ingericht en toegerust callcenter kan al het prehospitala telefoonverkeer regelen, ook voor huisartsen. Daarmee neemt de bereikbaarheid van huisartsen toe, verbetert de zorg inhoudelijk en verloopt de

echte spoedzorg niet over vele schijven. Na een beoordeling door het callcenter kan de patiënt worden doorverwezen naar de huisarts, het advies krijgen een SEH te bezoeken, dan wel Parnassia of thuishulp in te schakelen. Ook kan er een ambulance worden gestuurd, eventueel met ondersteuning van een spoedarts. In Engeland is met dit systeem reeds ervaring opgedaan met de telefoonservice van NHS Direct. Ervaren verpleegkundigen staan, met ICT-ondersteuning, patiënten te woord en verrichten telefonische triage. Voor het instellen van een regionaal callcenter zullen de betrokken partijen de handen ineen moeten slaan. Gezien de huidige ontwikkelingen lijkt dit geen utopie.

### Literatuur

1. Blythin P. Triage in the UK. *Nursing* 1988; 31 nr 3:16-20.
2. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2002.
3. Blythin P. Would you like to wait here please? *Nursing Mirror* 1983;12:36-38.
4. Gray R. Introducing triage to a new department. *Nursing Standard* 1991; 5:30-34.
5. Jones G. Triage in the UK. *Accident and Emergency* 1996; 3.
6. Mallet J, Woolwich C. Triage in accident and emergency departments. *J. Adv. Nurs.* 1990; 15:1443-1451.
7. Bailey A, Hallam K, Hurst K. Triage on trial. *Nursing Times* 1997; nov 4-10:83 (44):65-6.
8. Gameren E van. Spoedeisende hulp per telefoon. *Triage* 2004; 6 nr 2.

## korte berichten

### Actuele informatie

#### Gevolgen Anorexia Nervosa onderschat

De kans op overlijden voor mensen met anorexia nervosa is vijf keer zo groot als voor gezonde leeftijdgenoten. Per jaar overlijden minstens vijftien anorexiapatiënten, op een totaal van 5600 mensen die lijden aan deze stoornis. Daarmee is het een van de psychische stoornissen met de hoogste kans op vroegtijdige sterfte. Dit blijkt uit het *Jaarboek 2003 van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG)*, een uitgave van het Trimbos-instituut. In het Jaarboek van de NMG, dat voor de tweede keer verschijnt, wordt naast aan anorexia nervosa o.a. uitgebreid aandacht besteed aan ADHD, dysthymie, de obsessief-compulsieve stoornis en de gegeneraliseerde angststoornis. De NMG is in 2001 ontstaan op initiatief van het ministerie van VWS en voorziet beleidsmakers en professionals in de gezondheidszorg van actuele, betrouwbare wetenschappelijke informatie over geestelijke volksgezondheid en -zorg. Hoewel vaak wordt aangenomen dat anorexia nervosa de laatste decennia steeds vaker voorkomt, bestaat daarvoor geen bewijs. Op dit moment zijn er naar schatting 5600 patiënten met anorexia nervosa, van wie bijna de helft in behandeling is. Al lange tijd wordt er onderzoek gedaan naar het effect van behandeling, maar een eenduidig resultaat heeft dat tot nu toe niet opgeleverd. Medicijnen werken waarschijnlijk niet en psychotherapie heeft een bescheiden effect. Ongeveer de helft van de behandelde patiënten geneest niet

en na tien jaar is 1 op de 18 patiënten overleden. Hierbij is anorexia nervosa zelf niet altijd de doodsoorzaak. Ook andere oorzaken als zelfdoding en hartstilstand worden meegeteld. Maar meestal is anorexia dan wel indirect de oorzaak.

De *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid* wordt gecoördineerd door het Trimbos-instituut, en ondersteund door een Wetenschappelijke Raad onder voorzitterschap van prof. dr. Paul Schnabel. De teksten van het Jaarboek 2003 staan op de website van het Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)), onder het kopje Psychische stoornissen; informatie voor professionals.

*Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2003*, dr. C. Schoemaker en prof. dr. C. De Ruiter is een uitgave van het Trimbos-instituut. Bestelnummer AF 0503. Prijs 20 euro, telefonisch bestellen via 030 - 2971180 of via [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).

### Cursussen

#### Juridisch kader OGZ

Toelichting op de betekenis van de WCPV en beschouwingen over de veranderingen die zullen plaatsvinden in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Aspecten die van belang zijn voor professionals binnen de OGZ komen aan bod.

*Doelgroep:* midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen,

huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

*Data:* 1, 8 en 15 oktober 2004

*Kosten:* € 825

*Lokatie:* NSPOH te Amsterdam

*Informatie:* [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl),

tel. 020-5664949, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

#### Visie-ontwikkeling Public Health: terugblikken om vooruit te kunnen kijken

Terugblikken op het verleden geeft beter zicht op Public Health nu.

Na afloop van deze module:

- kent u de geschiedenis van de OGZ in Nederland vanaf de eind 19e eeuw tot nu;
- Kent u de recente geschiedenis over de professionele ontwikkeling van de OGZ;
- Kent u de recente geschiedenis in beleidsontwikkeling van de OGZ;
- weet u hedendaagse ontwikkelingen te plaatsen in historisch perspectief.

*Doelgroep:* midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

*Data:* 12 oktober, 2 en 9 november 2004

*Kosten:* € 825

*Lokatie:* NSPOH te Amsterdam

*Informatie:* [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl),

tel. 020-5664949, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

#### Public health onderzoek in de context van de GGD 'Infectieziektebestrijding'

Infectieziektebestrijding is één van de kerntaken van de GGD waarbij de nadruk jarenlang heeft gelegen



op de preventie en bestrijding van infectieziekten, gekoppeld aan beleid. 'Praktijkgericht onderzoek wordt nauwelijks uitgevoerd en een goede onderzoeksinfrastructuur ontbreekt', zo staat beschreven in het onlangs gepubliceerde RGO advies Kennisinfrastructuur infectieziekten. Dit komt de kwaliteit en ontwikkeling van de infectieziektebestrijding niet ten goede. Ter versterking van de kennisinfrastructuur en de kwaliteit van infectieziektebestrijding bij de GGD wordt een (nog niet bestaande) cursus ontwikkeld die specifiek gericht is op onderzoek in de GGD praktijk.

Het lesmateriaal zal bestaan uit een recente casus uit de GGD praktijk en er wordt gebruik gemaakt van door de GGD-en zelf aangeleverde data uit het OSIRIS elektronische meldingssysteem voor infectieziekten. Op die manier wordt de cursist getraind in het integreren van onderzoek in het dagelijks werk.

Aan het ontwikkelen van de training werkten mee: NSPOH, RIVM, LCI, GGD Rotterdam e.o., GG&GD Amsterdam, Erasmus MC en GGD Nederland.

*Doelgroep:* GGD artsen infectieziektebestrijding, sociaal verpleegkundigen of epidemiologen, met aantoonbare ervaring met onderzoek naar infectieziektebestrijding.

*Data:* 8, 9, 10 en 11 december 2004 en vier terugkomdagen  
*Kosten:* € 1400,-. Dit is inclusief 3 overnachtingen en 4 maaltijden. De eerste overnachting wordt u door GGD Nederland aangeboden.

*Lokatie:* De Drakenburg te Baarn

*Informatie:* www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl of Jelle Doosje, GGD Nederland, tel. 030-2523004.

## Nieuw verschenen

### Ethische bouwstenen

Afgelopen juni verscheen 'Signalering ethiek en gezondheid 2004', het rapport dat het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) jaarlijks uitbrengt over ethische vragen die rijzen als gevolg van ontwikkelingen in de biomedische wetenschappen of in de zorg.

Dit jaar bevat het rapport signalen rond kwesties als:

- Nieuwe methoden voor 'vruchtbaarheidverzekering': onder welke voorwaarden kan het invriezen van geslachtscellen –bij wijze van vruchtbaarheidverzekering- aan patiënten worden aangeboden? Daarover bestaat in Nederland nog onvoldoende overeenstemming, evenals over de toepassing om niet-medische redenen, bij vrouwen die het verwezenlijken van hun kinderwens willen uitstellen.

- Ziekenhuis komt kamer binnen: het gebruik van geavanceerde thuiszorgtechnologie zal naar verwachting toenemen. Het is belangrijk dat zeggenschap en keuzevrijheid van patiënten daarbij gewaarborgd blijven. Ook moeten onduidelijkheden rond de wettelijke aansprakelijkheid voor het omgaan met deze technologie worden opgeheven.

- Toenemende druk op mantelzorg roept morele vragen op: mantelzorgers staan in toenemende mate onder druk om meer taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen. De morele vragen die dit oproept worden nog te weinig onderkend. Hoeveel zorg zijn wij onze naasten verschuldigd? Wat is een rechtvaardige verdeling van zorgtaken over het publiek domein en de privésfeer?

Het Centrum voor Ethiek en gezondheid (CEG) is een samenwerkingsverband van de Gezond-

heidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Het volledige rapport *Signalering ethiek en gezondheid 2004* is verkrijgbaar via info@ceg.nl, of kan worden gedownload van [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl) (publicatienummer 2004/ 12).

## Actueel

### GGD Den Haag houdt simulatieoefening SARS

In april 2004 hield de GGD Den Haag tijdens drie dagdelen de simulatieoefening SARS, waarbij de hele GGD was betrokken. Bij een calamiteit rond infectieziekten, zoals een uitbraak van SARS, wordt het 'Actiecentrum GGD' (AcGGD) gestart. Op momenten van crisis kan de directeur van de GGD dit AcGGD activeren om hem bij te staan bij de aanpak van de crisis.

De ondersteuning vanuit het AcGGD bestaat uit het coördineren van de GGD-brede inzet, het controleren van de gegevensverzameling en van de interne en externe informatieverschaffing, en het realiseren van logistieke ondersteuning. Bij de bestrijding van SARS is er een binnen- en een buitenploeg. De buitenploeg doet het huisbezoek bij de SARS-patiënt en verzorgt de gezinscontacten. De nadruk ligt op de procedures rond persoonlijke bescherming van de GGD-medewerker en de monsterafname bij de patiënt (instructievideo).

De binnenploeg verzorgt de monitoring en begeleiding van de contacten van de SARS-patiënten, die onder toezicht of zelfmonitoring staan. Dit gebeurt vanuit een contactcentrum bij de GGD, waar voor dit doel een speciaal telefoonnummer met zes toestellen wordt geactiveerd. De medewerkers

beschikken hier over een registratiebestand (in Excel) speciaal ontworpen voor de monitoring van contacten.

Hoofddoel van de oefening was het met een beperkte groep medewerkers van alle GGD-productgroepen testen van de instrumenten die de GGD tot haar beschikking heeft.

Voor de medewerkers van de buiten- en de binnenploeg zijn aparte instructiepakketten ontwikkeld. Alle deelnemers hebben een presentatie bijgewoond over SARS, waarin zij een specifieke instructie voor medewerkers in de eigen ploeg kregen. Vanaf de eigen werkplek hebben de baliemedewerkers van de verschillende GGD-productgroepen meegewerkt aan een telefoontest, met als doel het correct beantwoorden en/of doorverwijzen van inkomende telefoontjes van burgers en andere bellers over SARS.

Tweede doel van de oefening was oefenen met het AcGGD. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een 'epidemiologisch script met toenemende hectiek'. Tegenspelers van binnen en buiten de GGD waren: het Landelijke Coördinatiepunt Infectieziekten (LCI), de Geneeskundige Hulpverlening Ongevallen en Rampen (GHOR) Haaglanden en de Bestuursdienst van de gemeente Den Haag (BSD). Via rollenspel simuleerden zij externe invloeden (Inspectie Gezondheidszorg, LCI OMT, GHOR, Burgemeester en wethouders, Voorlichtingsdiensten en Pers etc.), en zorgden voor een realistisch en dus lastig scenario om het AcGGD te testen.

Laatste doel van de oefening was het bewust maken van alle GGD-medewerkers dat zij op elk moment voor crisistaken kunnen worden ingezet, ongeacht of die taken binnen hun normale functie

vallen.

De oefening is uitgebreid geëvalueerd. Het streven is dat het evaluatieverslag in het najaar beschikbaar komt.

Vooruitlopend op de definitieve evaluatie, kan de oefening als geslaagd worden beschouwd. De deelnemers hebben de oefening over het algemeen als nuttig ervaren, zwakke punten van de toegepaste methoden zijn aan het licht gekomen, de werking van het AcGGD is kritisch bekeken. Stof genoeg om de komende maanden instructies en draaiboeken bij te stellen. De GGD Den Haag zal zo spoedig mogelijk via de gebruikelijke kanalen de oefendraaiboeken, scripts, oefeninstructies en het evaluatierapport beschikbaar stellen aan de infectieziektebestrijders in het land.

contactpersoon:

Eric J.M. de Coster, arts

GGD Den Haag

Afdeling Algemene Infectieziektebestrijding

e.j.m.decoester@ocw.denhaag.nl

#### **Aangiften infectieziekten regio Haaglanden**

#### **Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2004, voor de stad Den Haag**

Het aantal gevallen van aangifteplichtige infectieziekten, dat door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tweede kwartaal 2004 is gemeld (114), is vergelijkbaar met het aantal in dezelfde periode in 2003 (103). (Het aantal meldingen van tuberculose zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.)

#### *Bacillaire dysenterie*

Slechts 2 gevallen werden gemeld.

Bij een volwassen man is de aan-

doening waarschijnlijk opgelopen op een seksparty in Amsterdam. Een kind werd ziek na een reis naar India.

#### *Creutzfeld-Jacob's Disease – K*

Met het oog op de vroege opsporing van een variant van deze aandoening die veroorzaakt wordt door het eten van vleesproducten afkomstig van koeien die lijden aan de gekke koeienziekte (BSE), moeten nu alle gevallen van de ziekte van Creutzfeld-Jacob gemeld worden. Het geval dat in dit tweede kwartaal is gemeld behoort tot de zogenaamde klassieke vorm (K). Deze ziekte heeft niets met de gekke koeienziekte te maken.

#### *Hepatitis A*

Er zijn 4 gevallen van hepatitis A aangegeven, 3 volwassen mannen en 1 volwassen vrouw. Hiervan is er 1 besmet is in Afrika. Van de 3 overige gevallen is de besmettingsbron niet bekend.

#### *Hepatitis B*

Het aantal hepatitis B meldingen (39: 33 chronische en 6 acute gevallen) is licht gestegen. In de categorie chronische gevallen zijn beide geslachten evenredig vertegenwoordigd. Zij vallen vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar en zijn hoofdzakelijk afkomstig uit landen waar deze ziekte veel voorkomt. Bij 4 mannen werd besmetting toegeschreven aan onbeschermd seksueel contact. Over de besmettingsweg tast men veelal in het duister.

Bij de 6 acute gevallen waren 5 mannen. Bij 3 mannen was de besmetting te wijten aan onbeschermd homoseksueel contact. Verder was er 1 geval van verwonding tijdens schoonmaken; 1 besmetting was opgelopen tijdens een vechtpartij.

*Kinkhoest*

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (53) volgt de stijgende lijn die ook landelijk waargenomen wordt.

*Legionellose*

Gedurende het tweede kwartaal is 1 geval gemeld. De besmettingsbron is ondanks uitgebreid onderzoek niet gevonden.

*Malaria*

Het aantal gemelde malariagevallen (5) was vergelijkbaar met

ziek geworden door dezelfde bron. Bij 4 gevallen is de waarschijnlijke besmettingsbron achterhaald.

Tweemaal werd de besmetting toegeschreven aan het nuttigen van voedsel in een publieke gelegenheid, tweemaal aan het zelf bereiden van eten.

*Infectieziekten gemeld door instellingen*

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het tweede kwartaal 2004.

Ziektecategorie	KDV (*)	school	verpleeghuis	verzorgingshuis	Totaal gevallen
Gastro-enteritis (diarree, braken)		1	1	2	89
Huidziekten	2				14
Luchtweginfecties		2			10
Vlekjesziekten	1	5			8

(\*) kinderdagverblijf

dezelfde periode vorig jaar.

Het betreft volwassen mannen die in Afrika zijn besmet. Bij 4 op 5 patiënten kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe. Bij 1 was deze informatie niet meer te achterhalen.

*Meningokokken*

Gedurende het tweede kwartaal 2004 zijn 2 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokokken. Het gaat om een oudere vrouw, ziek geworden door de C-variant van deze bacterie, waartegen in 2002 massaal gevaccineerd is onder jongeren, en om een kind, ziek geworden door een meningokok type B. Hiertegen bestaat nog geen vaccin.

*Voedselinfecties*

Er zijn 7 voedselinfecties gemeld, waaronder 6 bij vrouwen.

Vier vrouwen waren werkzaam in de zorg of de voedselketen. In 2 gevallen waren 2 of meer mensen

Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Het gaat meestal om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Een grote uitbraak van diarree had plaats op een school. Hierbij zijn minstens 48 leerlingen en personeelsleden door het zeer besmettelijke doch doorgaans ongevaarlijke Norwalk-like virus ziek geworden. De meldingen van 'vlekjesziekten' betroffen in 4 gevallen vermoedens van de vijfde ziekte en 1 niet bevestigd vermoeden van rubella (rode hond) in kinderdagverblijven en scholen. Onder huidziekten bevonden zich 1 melding van waterpokken en 1 melding van tinea capitis (hoofdschimmel). Luchtweginfecties betroffen kinkhoest.

**Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2004, regio Zuid-Holland West***Bacillaire dysenterie*

Er zijn 7 meldingen van bacillaire dysenterie gedaan. Een kind van 10 jaar was ziek geworden in Nepal.

Uit de feces is een *Shigella boydii* gekweekt. Een andere *S. boydii* werd gevonden bij een patiënt die niet in het buitenland was geweest. Een bron is niet gevonden. De 2 andere meldingen zijn veroorzaakt door de *Shigella sonnei*. Deze besmettingen zijn opgelopen tijdens vakanties in Egypte en Thailand.

Twee kinderen uit een gezin hebben *Shigella flexnerie* opgelopen in Nederland. De bron is niet bekend. Een kind heeft in Afghanistan *Shigella flexnerie* opgelopen.

*Hepatitis A*

Er is 1 melding van hepatitis A bij een vrouw die op reis is geweest naar India. Zij had geen vaccinatie tegen hepatitis A voor de reis genomen.

*Hepatitis B*

Zestien meldingen van hepatitis B. De meeste betreffen dragers, die de besmetting in hun thuisland hebben opgelopen. Drie meldingen van acute hepatitis B betreffen waarschijnlijk besmettingen, opgelopen door homoseksuele contacten in Nederland. De andere acute hepatitis B is door heteroseksueel contact in Nederland opgelopen, maar mogelijk ook in Frankrijk.

*Kinkhoest*

Het aantal meldingen van kinkhoest is zeer hoog in vergelijking met dezelfde periode van 2003. Dit kwartaal zijn dat er 163. In hetzelfde kwartaal in 2003 waren dat er 33. Dit beeld is ook landelijk zichtbaar.

### *Leptospirosis*

Er is een melding van leptospirosis bij een oudere man die in het water is gevallen. De Keuringsdienst van Waren is ingelicht maar er is geen actie ondernomen voor verder onderzoek van de sloot.

### *Malaria*

Er zijn 3 gevallen van malaria gemeld, alle drie in Afrika opgelopen. In 2 gevallen betreft het personen die in Afrika wonen en enkele weken in Nederland waren. Een reiziger naar Madagaskar kreeg van de reisleidster te horen dat er waar hij heen ging geen muggen voorkwamen. De voorgeschreven profylaxe nam hij daarom niet in. In zijn bloed zijn Plasmodium falciparum en ovale aangetoond. Drie andere reisgenoten kregen ook malaria.

### *Meningokokkose*

Er zijn 2 meldingen van meningokokkose. Een kind van 9 maanden oud en een kind van 13 maanden. Zij waren beiden nog niet gevaccineerd tegen de meningokok type C. Die vaccinatie vindt plaats in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma op een leeftijd van 14 maanden. De typering is op het moment van schrijven nog niet bekend.

### *Tuberculose*

Er zijn 9 meldingen van tuberculose in de regio gedaan in het tweede kwartaal.

### *Voedselinfecties*

Er zijn 2 meldingen van voedselinfectie. Het gaat om personen die in de zorg werken.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

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

## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het tweede kwartaal 2004			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
		2e kw. 2004	2e kw. 2004	2e kw. 2004	2e kw. 2003**)	3e kw. 2003**)	4e kw. 2003**)	1e kw. 2004**)	1e t/m 2e kw. 2004	1e t/m 2e kw. 2003**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	7	9	5	18	12	6	15	10
	buiktyfus				4	7		1	1	5
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease	1		1					1	
	hepatitis A	4	3	7	10	17	15	18	25	22
	hepatitis B *)	39	16	55	45	49	71	56	111	116
	hepatitis C				12	11				31
	kinkhoest	53	163	216	43	54	90	130	346	87
	legionella pneumonie	1		1	4	3	5	1	2	6
	mazelen									2
	meningokokkose	2	2	4	10	6	5	4	8	20
	paratyfus A				1	3	1			1
	paratyfus B(C)				1	2	1			1
	tuberculose	44	9	53	55	40	43	34	87	89
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	7	2	9	5	3	3	1	10	10
C-ziekten	brucellose							1	1	
	E.coli 0157									1
	leptospirose		1	1				1	2	
	malaria	5	3	8	1	9	14	5	13	1
	ornithose/psittacose					2	1			5
	Q-koorts									
	rode hond									
<b>totaal</b>	<b>158</b>	<b>206</b>	<b>364</b>	<b>196</b>	<b>224</b>	<b>261</b>	<b>258</b>	<b>622</b>	<b>407</b>	

\*) Inclusief dragers

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

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

