

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN

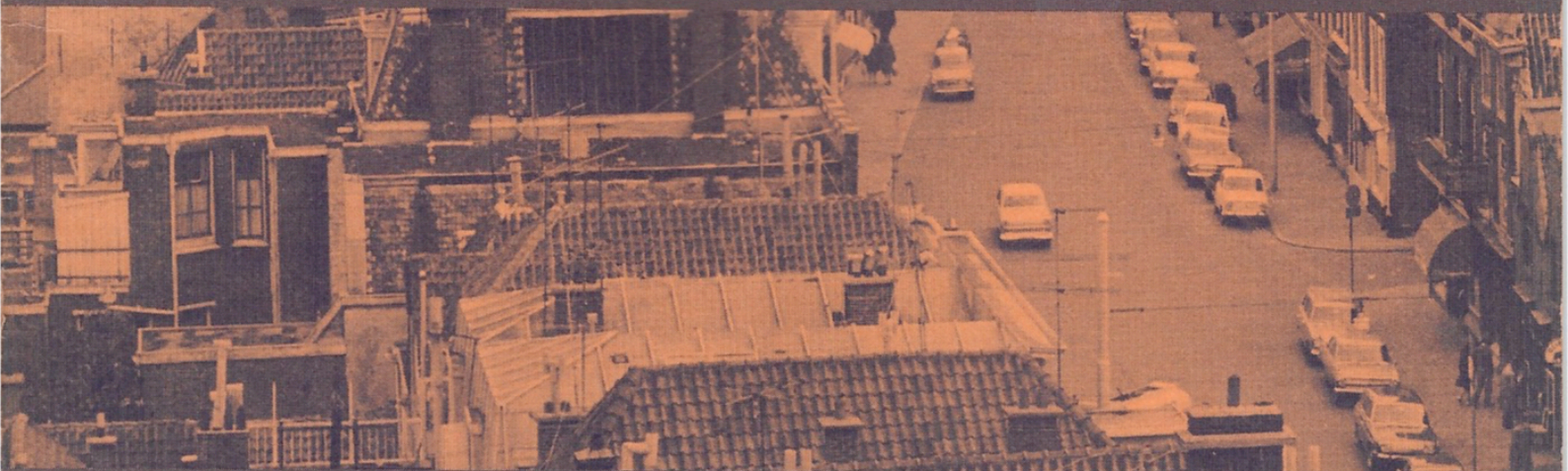
's-Gravenhage

*Enige exempl*

17e Jaargang

No. 1

Februari 1982



G.G. en G.D.  
's-Gravenhage

EPIDEMIOLOGISCH  
BULLETIN

---

Februari 1982	17e Jaargang
	No. 1

---

IN DIT NUMMER

---

Redactioneel:

Epidemiologisch evaluatieonderzoek

---

Algemene epidemiologie:  
"Over epidemieën (2)".

---

Epidemiologie van infectieziekten:  
"Epidemiologische aspecten van Hepatitis  
A".

---

Epidemiologie van niet infectieuze  
ziekten:  
"Dagbehandeling van psychogeriatrische  
patiënten: een uitkomst?"

---

Redactie:

Mw. drs. M.E. Kolkman-Nijssen  
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts  
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog

Secretariaat:

Stafbureau Epidemiologie en  
Informatica, GG en GD,  
Hanenburglaan 284,  
2565 HC 's-Gravenhage  
Telefoon: 070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt viermaal  
per jaar en wordt toegestuurd aan  
huisartsen, specialisten en  
bestuurders in de gezondheidszorg  
te 's-Gravenhage.

Op verzoek kan het aan andere be-  
langstellenden worden toegestuurd.

---

REDACTIONEEL

---

Epidemiologisch evaluatieonderzoek

In dit nummer treft u onder "epidemiologie van niet-infectieuze ziekten" aan een oriënterende studie over de waarde van psychogeriatrische dagbehandeling in 's-Gravenhage. Daar dit onderwerp niet onmiddellijk bij iedereen associaties oproept met epidemiologie volgt hier een korte toelichting.

In het algemeen wordt met epidemiologisch onderzoek inzicht beoogd in de gezondheidstoestand van een bepaalde bevolking of bevolkingsgroep. Dit betekent dat er antwoord moet komen op de vraag welke groepen mensen op welke plaats en in welke tijdsperiode een ziekte hebben. Anders gezegd, we zouden geïnformeerd willen zijn over de omvang en het risicoprofiel van bepaalde ziekteproblemen.

Naast deze zogenaamde beschrijvende functie van epidemiologie bestaat epidemiologisch onderzoek naar het waarom van frequent voorkomen of verschillen in voorkomen van aandoeningen onder verschillende groepen mensen. Dit type onderzoek, ook wel analytische epidemiologie genoemd, tracht te ontdekken welke factoren of determinanten invloed hebben op het ontstaan en de bestaande spreiding van ziekten. We kunnen daarbij denken aan factoren als leeftijd en geslacht, maar ook aan bepaalde gewoontes (roken), levensstijl (stress) of het sociaal economisch niveau van bepaalde groepen mensen, welke het voorkomen van ziekten min of meer blijken te determineren. Een factor, die eveneens de frequentie van ziekten - meestal in gunstige zin - beïnvloedt is de aanwezigheid van gezondheidszorgvoorzieningen. De door huisartsen verleende zorg in combinatie met de behandeling op chirurgische klinieken determineert bijvoorbeeld de lage frequentie van sterfte ten gevolge

van appendicitis. Voorzieningen zijn dus in dit perspectief eveneens determinanten van gezondheid en ziekte onder de bevolking. Bij epidemiologisch onderzoek, waarbij het gaat over het verwerven van inzicht in de volksgezondheidstoestand, zullen dus ook deze zorgfactoren bekeken moeten worden.

Het onderzoek nu, dat zich in deze zin bezighoudt met het effect van voorzieningen op de volksgezondheid wordt epidemiologisch evaluatieonderzoek genoemd. Het evaluatieonderzoek van psychogeriatrische dagbehandelingscentra te 's-Gravenhage is een eerste oriëntatie over het effect of de waarde van deze voorziening. Bij de evaluatie van dit type zorg ligt het accent sterk op het meten van de wijze waarop en de mate waarin betrokkenen en hun omgeving de dagbehandeling waarderen. Vandaar dat in de evaluatie de subjectieve beleving tot uitdrukking wordt gebracht. Een strict objectieve evaluatie is gezien het karakter van de psychogeriatrische dagbehandeling nauwelijks mogelijk. De vraag is of deze überhaupt wenselijk zou zijn.

Tot slot van dit redactionele commentaar wil de redactie even stil staan bij het feit, dat de G.G. en G.D. van 's-Gravenhage het jaar 1982 heeft moeten aanvangen zonder haar directeur, E. van Luijt. Zoals velen van u reeds zullen weten heeft de heer van Luijt de dienst om gezondheidsredenen vroegtijdig moeten verlaten. De redactie wenst hem en zijn familie veel sterkte toe in deze moeilijke tijd. Daarenboven wil zij de heer van Luijt dank zeggen voor alles wat hij gedaan heeft voor de ontwikkeling van dit bulletin en de epidemiologie binnen de G.G. en G.D.

De redactie.

---

ALGEMENE EPIDEMIOLOGIE

---

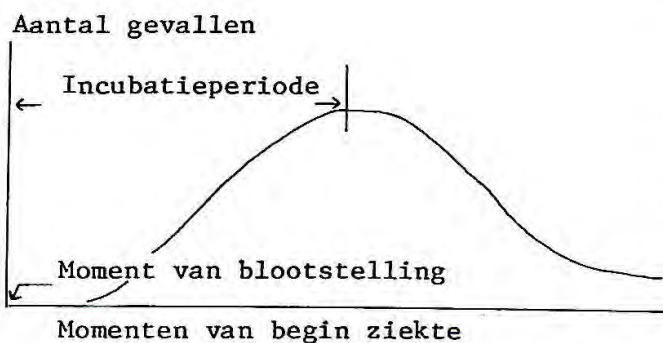
OVER EPIDEMIEËN (2)

H.G.J. Nijhuis\*

De epidemische curve (vervolg).

In het decembernummer van het vorig jaar hebben we bekeken hoe en waarom epidemieën van verschillende ziekten worden onderzocht. Aan de hand van enkele voorbeelden is met name het gebruik van de epidemische curve daarbij onder de loep genomen. Een dergelijke curve wordt nog eens getoond in figuur 1.

Figuur 1  
Schematische voorstelling van de epidemische curve.



Belangrijk is de incubatieperiode d.w.z. de tijd, welke ligt tussen het moment van blootstelling aan een patho-geen en ongeveer de piek van de curve. Met behulp van epidemiologische denkwijzen zijn aan de figuur belangrijke aanwijzingen te ontleden met betrekking tot de aetiologie (oorzakelijke factoren) en het natuurlijk verloop (bijv. de incubatieperiode) van een ziekte. Tot dusverre hebben we alleen curven be-

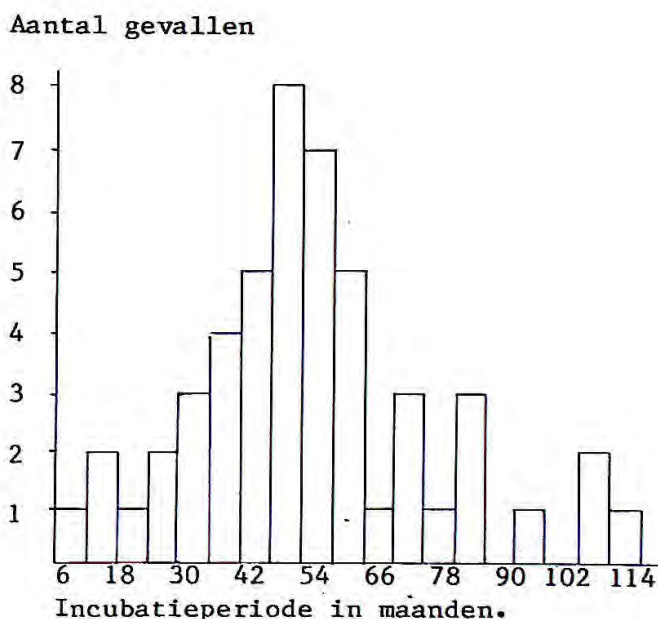
---

\* H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd stafbureau epidemiologie en informatica van de GG en GD te 's-Gravenhage.

keken van epidemieën, welke ontstaan of mede worden veroorzaakt door blootstelling van een groep mensen aan een "common source" op een bepaald tijdsmoment (geïnfecteerde maaltijd, atoombom-explosie). Men kan echter ook een dergelijke curve opstellen door niet het exacte kalendertijdsmoment, maar de tijdsduur tussen het moment van veronderstelde expositie en het begin van de ziekte op de horizontale as uit te zetten. Op de verticale as worden dan zoals gebruikelijk de aantallen gevallen weergegeven.

Op deze wijze hebben de onderzoekers, die het voorkomen van leukaemie in Hiroshima hebben bestudeerd, analoog hieraan het voorkomen van leukaemie bekeken bij mensen, die therapeutisch bestraald waren in verband met de ziekte van Bechterew. Zij verkregen de curve weergegeven in figuur 2.

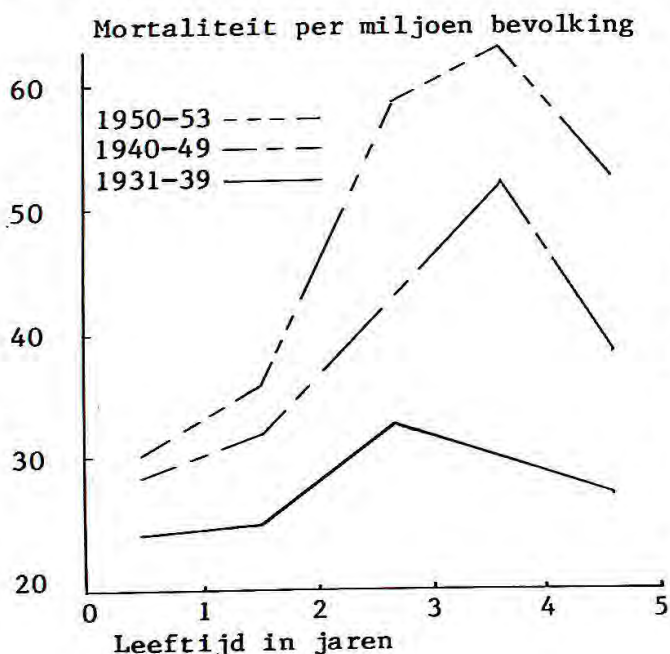
Figuur 2  
Distributie van incubatieperioden van leukaemiegevallen na bestraling voor de ziekte van Bechterew (Bron: Lilienfeld A.M., Foundations of Epidemiology, 1976)



Wanneer men ervan uitgaat, dat de genoemde therapeutische bestraling een aetiologische factor is, die aanzet tot het ontstaan van leukaemie, blijkt, dat de incubatietijd rondom de vier jaar ligt en zelden langer is dan tien jaar. In de nog steeds niet ontrafelde aetiologie van leukaemie is dit een zeer bruikbaar gegeven. Naast bestraling moeten nog andere (milieu)factoren verantwoordelijk gesteld worden voor het ontstaan van leukaemie. De bovenstaande nieuwe informatie over de vermoede incubatietijd suggereert, dat we deze factoren vooral moeten zoeken in het tijdsbestek van ongeveer tien jaar voor de aanvang van de ziekte.

Een volgend voorbeeld van het gebruik van het analysemodel van de epidemische curve is de verschuiving in de leukaemie-mortaliteit van kinderen in Engeland en Wales tussen 1931 en 1953 (zie figuur 3).

Figuur 3  
Leeftijdsspecifieke leukaemie-mortaliteit bij kinderen onder de leeftijd van 5 jaar, Engeland en Wales, 1931-1953. (Bron: Mausner J.S., Bahn A.K., Epidemiology, 1974)



We zien hier nog eens, dat het patroon van de epidemische curve zich duidelijk aftekent. De piek in het vóórkomen van leukaemie ligt rond de leeftijd van drie à vier jaar. Zoals bij een "common source" kan men zich voorstellen, dat deze piek middels de incubatietijd verwijst naar een tijdsmoment in het leven van de leukaemie-kinderen, waarop een uniforme blootstelling aan een pathogeen agens heeft plaatsgevonden. Daar vele onderzoeken straling aanwijzen als een belangrijke aetiologische factor in het ontstaan van leukaemie, lag het voor de hand na te gaan of de moeders van de getroffen kinderen in de prenatale fase op een of andere wijze waren bestraald. Er werd inderdaad een verband gevonden tussen het ondergaan van röntgen-diagnostische pelvimetrie bij de moeder en leukaemie bij kinderen. Dat er in de loop van 1931 tot 1953 in de drie curves een toename van leukaemie te zien is, zou in overeenstemming zijn met de pelvimetrie-hypothese. In dezelfde periode namelijk nam het gebruik van röntgendiagnostiek bij pelvimetrie aanzienlijk toe. Anders gezegd, in de periode 1931-1939 kwam de prenatale blootstelling aan straling minder voor dan in de periode 1950-1953, hetgeen overeenstemt met een lager vóórkomen van leukaemie bij kinderen.

Vele studies hebben zich, in navolging van deze analyse van kinderleukaemie in Engeland en Wales, beziggehouden met straling en het vóórkomen van leukaemie bij kinderen. Echter de prenataal ontvangen straling is tot dusverre geen volledige verklaring gebleken voor het vóórkomen van deze ziekte bij jonge kinderen. De onderzoeksresultaten laten in deze dus nog geenszins een sluitende conclusie toe.

Ook in Nederland wordt op het ogenblik onderzoek gedaan naar mogelijke factoren, die een rol spelen bij het tot stand komen van leukaemie bij kinderen. De Stichting Nederlandse Werkgroep Leukaemie, die reeds tien jaar alle leukaemie-patiëntjes hier te lande

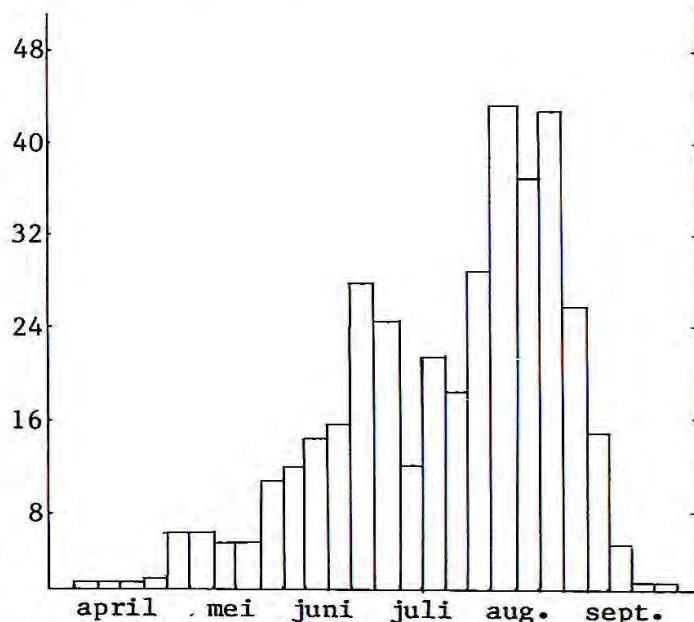
registreert, bestudeert middels enquête-  
tering van de ouders allerlei milieu-  
factoren (w.o. straling), prenatale  
omstandigheden (w.o. medicijngebruik)  
en genetische aanleg (andere aangeboren  
afwijkingen in de familie) bij de pa-  
tiëntjes, die tussen 1973 en 1979 de  
ziekte hebben gekregen.

### Progressieve epidemieën

Naast "common source" epidemieën, die  
ontstaan na besmetting van alle gevallen  
door één en dezelfde bron op hetzelfde  
tijdsmoment, kennen wij de zogeheten  
progressieve epidemie. Bij deze vorm van  
het verhoogd voorkomen van een ziekte in  
een omschreven bevolkingsgroep vindt de  
besmetting plaats van persoon tot per-  
soon. Deze transmissiewijze, waarbij een  
zieke persoon een infectieus agens door-  
geeft aan een ander ontvankelijk indivi-  
du, is de meest voorkomende vorm van  
overdracht van infectieziekten in Neder-  
land. Alle infectieuze kinderziekten en  
veel respiratoire aandoeningen worden  
bijvoorbeeld op deze wijze overgedragen.  
Epidemieën, welke via een persoon tot  
persoon overdracht ontstaan kunnen even-  
als "common source" epidemieën grafisch  
in beeld gebracht worden. In figuur 4  
wordt een voorbeeld gegeven van een der-  
gelijke "progressieve" epidemische  
curve.

Figuur 4  
Epidemie van infectieuze Hepatitis in  
een zwakzinnigeninstituut. (Bron:  
Mausner J.S., Bahn A.K., Epidemiology,  
1974)

Aantal nieuwe gevallen per week

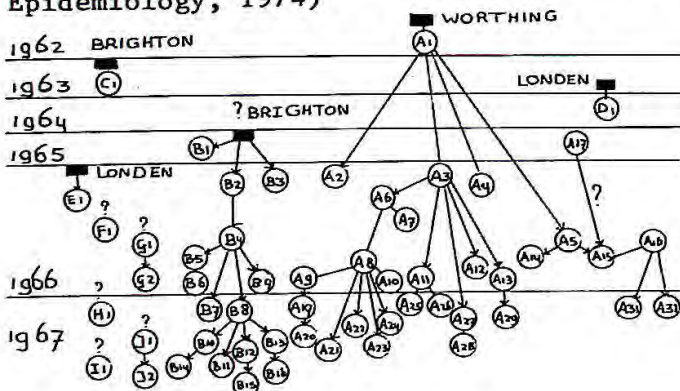


De piek, waarna geen verdere groei meer mogelijk is, is een kritische situatie waarin te weinig Hepatitis A ontvankelijke personen zijn overgebleven om de epidemie verder te laten uitbreiden. De gezamenlijke immuniteit van de groep mensen, waaronder de epidemie woedt, heeft dan een dusdanig niveau bereikt, dat deze uitsterft.

Met enige goede wil zijn in het opklimmende gedeelte van de epidemische curve golven te onderscheiden. Dit zijn de elkaar opvolgende generaties van gevallen (eerste geval, secundaire groep, tertiaire groep, etc.), die elkaar besmet hebben. In tegenstelling tot de "common source" epidemie, die ongeveer de lengteduur heeft van één incubatieperiode, bevat dus het progressieve type meerdere incubatieperiodes.

We hebben - traditioneel voor de moderne biomedische wetenschap - voornamelijk de aandacht gericht op epidemieën veroorzaakt door pathogene agentia van biologische of fysisch-chemische aard (infecties, straling). Echter de hierbij gehanteerde epidemiologische denkwijzen en begrippen zoals "common source", "progressief" en "epidemische curve" gelden evenzeer in de gedragswetenschappelijke sfeer van de psychopathologie en sociale psychiatrie. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in figuur 5.

**Figuur 5**  
 Verspreidingspatroon van intraveneus heroïnegebruik in Crawley New Town, 1967. (Bron: Mausner J.S., Bahn A.K., *Epidemiology*, 1974)



We zien hoe heroïneverslaving in de stad Crawley New Town wordt geïntroduceerd door een geval (A1) uit Worthing en later mogelijk nog door enkele andere gevallen. In de loop van de tijd (1962-1967) zien we dan het patroon van een progressieve epidemie ontstaan. Opeenvolgende generaties personen "besmetten" elkaar met intraveneus heroïnegebruik via het persoon tot persoon overdrachtstype. Het verspreidingspatroon zou in een epidemische curve weergegeven het karakteristieke beeld van een progressieve epidemie laten zien.

De attentie van de biomedische wetenschappen, waaronder de daaruit geboren epidemiologie, gaat sterk uit naar de materiële pathologie van infectieziekten en maligniteiten. De verworvenheden op dit gebied, zoals de voorbeelden van onderzoek naar de aetologie van leukemie tonen, zijn niet onaanzienlijk. Steeds meer bouwstenen worden geleverd die bijdragen tot een beter begrip van ontstaan en verloop van een dergelijke maligniteit. Het is zeer wel mogelijk, dat met de hierbij ontwikkelde epidemiologische begrippen en modellen ook resultaten worden geboekt op het gebied van de psychopathologie. Een beter begrip van de ontstaanswijze, de verspreiding, het overdrachtmechanisme en de immunologie van de harddrugverslaving lijkt hard nodig om de bestrijding van epidemieën en endemieën van deze deviantie op effectieve en efficiënte wijze ter hand te kunnen nemen.

---

EPIDEMIOLOGIE VAN INFECTIEZIEKTEN

---

EPIDEMIOLOGISCHE ASPECTEN VAN HEPATITIS A

M.L. Petit\*

In de Journal of Virological Methods lazen we een artikel over de epidemiologie van Hepatitis A in Amsterdam van de hand van de heren R.A. Coutinho, W. Duermeyer en J. van der Veen, waarvan wij in het hiernavolgende summier verslag doen.(1)

Tot voor enkele jaren werd de studie van de epidemiologie van Hepatitis A ernstig bemoeilijkt door het ontbreken van betrouwbare diagnostische technieken. Ongeveer 4 jaar geleden evenwel is er een enzymkoppelingstechniek ontwikkeld voor de diagnose van Hepatitis A door het aantonen van specifieke IgM antilichamen tegen het Hepatitis A-virus in een serummonster uit het acuut stadium van de ziekte.

In Amsterdam werd onderzoek verricht naar de epidemiologie van Hepatitis A met de volgende interessante resultaten. Gedurende de periode van 15 maanden van oktober 1978 tot en met december 1979 werden 349 gevallen van virale Hepatitis gemeld in Amsterdam, waarvan 135 serologisch bevestigd werden als Hepatitis A. De meeste gevallen waren sporadisch en er werd geen explosie van meer dan 3 gevallen geconstateerd.

Wat het seizoen betreft werd de hoogste incidentie vastgesteld in de late herfst en vroege winter.

De grootste groep patiënten bevond zich in de leeftijdsgroep van 5-9 jaar. Een kleinere piek werd gezien in de leeftijdsgroep van 30-34 jaar.

---

\* M.L. Petit, arts, hoofd van de Afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne.

De verschillende mogelijkheden van besmetting geven de volgende verdeling te zien:

- 27% van de patiënten kreeg de ziekte na contact met een bekend geval van Hepatitis A;
- 23% kreeg Hepatitis A binnen 7 weken na terugkeer uit een tropisch of subtropisch gebied. In deze landen is Hepatitis A in hoge mate endemisch. Reizigers, die vatbaar zijn, wordt dan ook aangeraden voor hun vertrek zich te laten inenten met immunoglobuline.
- In 50% van de gevallen kon geen bron worden aangegeven.

Belangrijk is het te weten hoe lang het virus in de faeces uitgescheiden wordt. Volgens de schrijvers zou er een grote variatie zijn in de duur van de faecale excretie van het Hepatitis A-virus. Zij zijn van mening, dat een patiënt met Hepatitis A tot op zijn minst 7 dagen na het begin van de icterus als infectieus moet worden beschouwd. Trouwens het variëren van de aanwezigheid van Hepatitis A-virus in de faeces beperkt de bruikbaarheid van diagnostische tests op Hepatitis A-virus in de faeces. Het onderzoek van een serummonster uit de acute phase op IgM anti-lichamen tegen Hepatitis A-virus is de meest aangewezen methode voor de diagnose van Hepatitis A.

In de onderhavige studie bleek het niet mogelijk na te gaan hoeveel mensen door de oorspronkelijke patiënten besmet werden, daar post-expositie prophylaxe met normale immunoglobuline gegeven werd aan huisgenoten-contacten. De doelmatigheid van deze vorm van preventie, als ze vroeg genoeg na blootstelling wordt gegeven, is voldoende aangetoond.

Over het algemeen wordt aanbevolen, dat deze prophylaxe liefst zo snel mogelijk en niet later dan twee weken na blootstelling moet worden gegeven.



## Literatuur

Coutinho R.A. Duermeyer W., Veen J. van der; Epidemiology of Hepatitis A in Amsterdam oktober 1978 - december 1979. Journal of Virological Methods, 2 (1980) 47-55.

## AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN

Een overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten in Den Haag over het 4e kwartaal 1981 wordt gegeven in tabel 1.

Hieronder volgt voor enkele infectieziekten enige casuïstiek en/of epidemiologie.

### Dysenteria Bacillaris

Er werden 12 gevallen aangegeven, (S. Sonnei 7, S. Flexneri 5); 11 patiënten werden in het buitenland besmet; 6 patiënten werden opgenomen in een ziekenhuis.

### Hepatitis A

Er werden 8 gevallen aangegeven, waarvan er 3 in het buitenland besmet werden.

### Hepatitis B

Er werden 10 gevallen aangegeven. Over de wijze van besmetting kan het volgende worden opgemerkt.

- intraveneus druggebruik : 3 personen
- homoseksueel contact : 1 persoon
- in het buitenland : 2 personen
- onbekend : 4 personen

### Lepra

Er werden 3 gevallen aangegeven, allen afkomstig uit Suriname.

### Malaria

Er werd 1 geval aangegeven (plasmodium vivax). De patiënt had als profylaxe Fansidar (1 tablet per week) ingenomen, maar kreeg tijdens zijn verblijf in Suriname al zijn eerste malaria-aanval.

### Meningococcosis

Er werd 1 geval aangegeven. Het betrof een Surinaams meisje van 5 jaar, die geheel herstelde na behandeling in een ziekenhuis.

### Rubella

Er werden 6 gevallen aangegeven. Van de 35 verrichte H.A.R.-testen waren er 6 negatief. Aan 26 vrouwen werd anti-Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

### Salmonellosis

Er werden 70 gevallen aangegeven, waarvan er 31 in een ziekenhuis opgenomen werden.

### Scabies

Er werden 16 gevallen aangegeven.

### Tuberculose

Er werden 26 gevallen aangegeven, waarvan er 6 in een ziekenhuis opgenomen werden.

### Typhus exanthematicus

Er werd 1 geval van Fièvre Boutonneuse (Rickettsiose) aangegeven.

Het merkwaardige was, dat patiënte nooit in het buitenland geweest was. Wel was haar hond in een Haags asyl te gast geweest, wellicht is de hond in dit asyl met de teek besmet geworden, die de Rickettsia conori overbrengt.

### Gonorrhoe

Er werden 435 gonorrhoe gevallen aangegeven.

### Syphilis

Er werden 21 gevallen aangegeven.

### Ulcus Molle

Er werden 8 gevallen aangegeven.

### Parotitis epidemica

Er werden 10 gevallen aangegeven.

---

---

EPIDEMIOLOGIE VAN NIET INFECTIEUZE  
ZIEKTEN

---

DAGBEHANDELING VOOR PSYCHO-GERIATRISCHE  
PATIENTEN: EEN UITKOMST?

M.E. Kolkman  
M.D. Barthelemij\*

Dagbehandeling voor psychogeriatrische patiënten is een tamelijk recent type semimurale voorziening in de gezondheidszorg, gefinancierd door de AWBZ. Deze vorm van behandeling wordt gezien als een functie van een verpleeghuis. Patiënten verblijven één of meerdere dagen per week op een hiervoor doorgaans apart ingerichte afdeling en kunnen gebruik maken van alle faciliteiten die het verpleeghuis biedt.

De opvatting, dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen milieu moeten blijven en het voortdurend tekort aan verpleeghuisbedden vormden voor een belangrijk deel de achtergrond voor het ontstaan van dit type voorziening. Daarnaast spelen uiteraard de hoge kosten van intramurale voorzieningen een aanzienlijke rol.

De Ziekenfondsraad formuleerde de volgende doelstelling voor dagbehandeling: "Dagbehandeling heeft ten doel medische en paramedische behandeling, verpleging en verzorging te bieden aan personen die wegens stoornissen in het lichamelijk en/of geestelijk functioneren gedurende de dag of een gedeelte daarvan aangewezen zijn op het pakket van diensten van een verpleeginrichting en die deze zorg

---

\* Mevrouw M.E. Kolkman, medisch socioloog verbonden aan de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD te 's-Gravenhage.

Mevrouw M.D. Barthelemy, arts, was werkzaam op dezelfde afdeling.

niet in het eigen milieu of van het eigen milieu uit kunnen ontvangen. De behandeling alsmede de activerende en sociale begeleiding is gericht op het herstel en/of behoud van de somatische, psychische en sociale functies van de patiënten".

Ten aanzien van de indicatiestelling wordt gesteld dat het gaat om personen met een opnameindicatie, maar die opname weigeren of een thuisfront hebben, dat bereid is om in samenhang met dagbehandeling voldoende zorg te bieden.

Toegespitst op de dagbehandeling voor psychogeriatrische patiënten gaat het er om patiënten met een indicatie voor opname in een verpleeghuis zolang mogelijk in het eigen milieu te handhaven en zo mogelijk daarin weer zelfstandig te laten functioneren. Op deze wijze zou een 24-uursopname zo lang mogelijk kunnen worden uitgesteld of wellicht zelfs voorkomen.

Enkele landelijke gegevens: een inventarisatie

In 1980 heeft de Afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit in Groningen een onderzoek gedaan naar het functioneren van de psychogeriatrische dagbehandeling. (1)

Het ligt niet in de bedoeling om hier uitvoerig op de resultaten van dit onderzoek in te gaan. We zullen ons beperken tot enige markante uitkomsten als achtergrond voor een eerste verkenning van de beleving van de psychogeriatrische dagbehandeling door Haagse patiënten.

De huisarts centraal

Over het algemeen wordt de huisarts een centrale plaats toebedacht t.a.v. de dagbehandeling voor psychogeriatrische patiënten. De huisarts verwijst de patiënten en onderhoudt vervolgens contacten met het behandelingsteam, de betreffende patiënt en zijn/haar thuisfront. De huisarts draagt de medische verantwoordelijkheid.

#### Redenen voor dagbehandeling

Het is niet verwonderlijk dat verpleeghuizen als algemene reden voor dagbehandeling aangeven dat het meestal gaat om problemen met het zelfstandig functioneren en dat er vaak moeilijkheden zijn in relaties met anderen. Voor bijna alle dagbehandelingspatiënten gaat het vooral om een tijdelijke verlichting van problemen in het sociaal milieu en/of voorkoming van een 24-uursopname, aldus de ondervraagde verpleeghuizen. Verder worden, ofschoon in mindere mate, o.m. als redenen opgegeven: observatie, nabehandeling, doorbreking van isolement van patiënt en het verlichten van de wachttijd voor opname in een verpleeghuis.

#### Enige discrepanties in de praktijk

Hoewel bijna alle verpleeghuizen de tijdelijke ontlasting van de thuissituatie en het voorkomen van een opname als de belangrijkste doelstellingen voor dagbehandeling noemden, lijkt hiervan in de praktijk weinig terecht te komen. Verblijft aan het begin van de dagbehandeling + 88% van de patiënten thuis, na beëindiging is het percentage thuiswonende patiënten nog maar + 29%. De gemiddelde duur van de dagbehandeling is 5 à 6 maanden. Tegen de achtergrond van deze gegevens lijkt de dagbehandeling eerder een wachtkamer voor opname dan een tijdelijke ondersteuning op de weg naar het herwinnen van de eigen zelfstandigheid door de patiënt. Volgens de onderzoeker zou de geringe bedden capaciteit in de verpleeghuizen hiervan oorzaak kunnen zijn. Patiënten, die reeds lang hadden moeten worden opgenomen, komen in de dagbehandeling om de ergste

nood enigszins te verzachten. Een tweede mogelijke oorzaak veronderstelt een te geringe ondersteuning van het sociale milieu door hulpverleners uit de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Slechts enkele verpleeghuizen geven b.v. aan, dat de huisarts regelmatig contacten heeft met patiënten tijdens de dagbehandeling.

#### Psychogeriatrische dagbehandeling in Den Haag: De beleving van 29 patiënten en hun thuisfront

In Den Haag functioneren vier centra voor psychogeriatrische dagbehandeling. Deze centra maken onderdeel uit van de verpleeghuizen Lozerhof, Mariahoeve, Sammersbrug en Dorestad en hebben resp. 18, 32, 19 en 10 plaatsen.

De dagbehandelingsafdeling in Sammersbrug is pas onlangs geopend (per 1 oktober 1981).

De Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg van de GG en GD brengt adviezen uit m.b.t. de indicatie voor alle Haagse patiënten, die worden aangemeld voor psychogeriatrische dagbehandeling. Deze patiënten worden allemaal bezocht door een arts-psychiater en een sociaal psychiatisch verpleegkundige van deze afdeling.

Er is echter weinig bekend over de beleving van patiënten, die daadwerkelijk dagbehandeling krijgen. Wat vinden ze van de dagbehandeling? Hoe staat het thuisfront er tegenover? Voldoet deze voorziening aan hun verwachtingen? Om hierin enig inzicht te verkrijgen, zijn 29 Haagse patiënten in de zomer van 1981 door ons bezocht. Aan de hand van van te voren vastgestelde aandachtspunten werden zowel met de patiënten als met hun familieleden of verzorgers gesprekken gevoerd. Deze 29 patiënten waren alle bij ons bekende Haagse patiënten in dagbehandeling in die periode.

Alvorens in te gaan op onze bevindingen is het wellicht illustratief om enige impressies te geven van de taferelen,

die wij bij de huisbezoeken aantreffen. Patiënt

1. Een 84-jarige man, doof, verward. Er is sinds drie maanden geen gesprek meer met hem te voeren. Hij wordt geholpen met wassen en aankleden door zijn 80-jarige vrouw. Zij kan deze taak net aan. Haar man heeft drie dagen in de week dagbehandeling.
2. Een 80-jarige depressieve (niet-demente) man vindt het een uitkomst om twee maal per week naar dagbehandeling te gaan, Hij kan maar moeilijk met zijn dove, dominerende vrouw communiceren.
3. Een 71-jarige vrouw met jaloezieswaanzen, die voortdurend probeert de ontrouw van haar man aan te tonen. Ze gaat nu vijf maal per week naar dagbehandeling.
4. Een 80-jarige demente vrouw met zwerfneigingen, woont bij haar dochter. Kan daar blijven met vijf maal per week dagbehandeling.
5. Een 77-jarige demente man, die de hele nacht loopt te kissebissen. Hij wordt verzorgd door zijn even oude vrouw. Gaat vijf maal per week naar dagbehandeling.
6. Een 75-jarige vrouw, praat de hele dag tegen zichzelf of haar moeder, die al jarenlang dood is, heeft soms zwerfneigingen. Haar 76-jarige echtgenoot kan de verzorging aan, als zij drie maal per week naar dagbehandeling gaat.

Enkele bevindingen:

Het zal duidelijk zijn, dat het aantal bezochte patiënten te willekeurig en te klein is om te komen tot verantwoorde konklusies. Het ging ons om enige eerste indrukken van de wijze, waarop de dagbehandeling door betrokkenen wordt ervaren. Op een enkele uitzondering na waren alle patiënten ouder dan 70 jaar. 23 Patiënten vertoonden een dementieel beeld, waarvan enkele gekombineerd met psychiatrische stoornissen.

Voor de meeste patiënten was er duidelijk sprake van een verbetering. Men voelde zich opgewekter. Enkele patiënten bleken naar eigen zeggen ook thuis aktiever te zijn geworden. De activiteiten op de dagbehandeling bestaan uit handwerken, praten, wandelen, koffie drinken, spelletjes, andere mensen helpen. Over het algemeen blijkt vooral het sociale aspect in de gesprekken vaak naar voren te komen. De gezelligheid van het samenzijn, het zich gesteund weten door elkaar; steeds worden deze aspecten op verschillende manieren weer naar voren gebracht: "ik hoor er zo nog bij", "de mensen zijn hier zo aardig", "ik help bij het koffieschenken", "ik houd van een praatje", "ik help ze een beetje bij het breien".

Opmerkelijk was, dat een groot deel (+ 2/3) van de patiënten zei dat men eerder met dagbehandeling had willen beginnen als men ervan geweten had. Ongeveer de helft van de patiënten heeft geen toekomstverwachtingen, terwijl de andere helft op "iets beters" hoopt: "ik kan zo wel 100 worden op den duur", "ik blijf bij mijn zuster", "wil graag weer voor mijn man zorgen", "ik weet niet of het goed blijft", "verwacht er niet veel meer van", "wil er niet aan denken", "hoop het goed te krijgen in bejaardentehuis".

Thuisfront

In iets meer dan de helft van de gevallen ervaart men een verbetering van de thuissituatie. Er wordt op de patiënten gelet ook in somatisch opzicht: "het is een opluchting", "ik ben een deel van de dag van een zware last verlost", "het wordt hoe langer hoe erger", "we moeten er in berusten dat we ouder worden", "hij blijft gewoon met zijn armen over elkaar zitten", "ze draait dag en nacht niet meer om".

Tweederde heeft regelmatig contact met

de huisarts en met medewerkers van de dagbehandeling. Niemand klaagt over een gebrek aan kontakt. Bijeenkomsten voor familieleden op het dagbehandelingscentrum worden erg op prijs gesteld. Men vindt het plezierig om ervaringen te kunnen uitwisselen en meer informatie te krijgen over de dagbehandeling.

Opmerkelijk is, dat slechts twee familieleden aangaven thuis meer hulp te willen hebben. Ongeveer de helft heeft hulp, waarover men in de meeste gevallen tevreden is. De overige familieleden of verzorgers hebben geen behoefte aan hulp. Over het algemeen bleken huisgenoten tamelijk betrokken te zijn bij het dagbehandelingsgebeuren. Men is redelijk op de hoogte van wat zich daar afspeelt. Opvallend was, dat ook zij vaak eerder hadden willen beginnen met dagbehandeling, als men ervan geweten had.

Ongeveer de helft van het thuisfront, tenslotte, is onzeker over de toekomst. Men wil het afwachten. Een kwart hoopt op opname in een verpleeghuis, een kwart hoopt het nog zo lang mogelijk op deze manier vol te houden.

#### Samenvatting en konklusie

Over het algemeen wordt de psychogeriatrische dagbehandeling zowel door de patiënten zelf als door hun familieleden of verzorgers positief ervaren. Hoewel de dagbehandeling voor deze patiënten meestal thuis niet tot meer activiteiten leidt, ervaart men toch een verbetering t.o.v. de periode voorafgaand aan de dagbehandeling. Men voelt zich opgewekter, waarbij vooral de gezelligheid en het samenzijn met anderen een belangrijke rol spelen.

Het sociale milieu voelt zich gesteund in de vaak moeilijke omstandigheden thuis.

Men is doorgaans tevreden over de kontakten met de huisarts en leden van het dagbehandelingsteam. In de meeste gevallen vinden deze kontakten ook regelmatig plaats.

Een groot deel van de patiënten en huis-

genoten had eerder met dagbehandeling willen beginnen, als ze ervan op de hoogte waren geweest.

In strijd met deze positieve ervaringen is het kleine aantal Haagse patiënten in dagbehandeling. Het wordt o.i. des te schrijnender als men bedenkt, dat er een wachtlijst bestaat voor het psychogeriatrische verpleeghuis van  $\pm$  350 patiënten. Uit bezettingscijfers van de dagbehandelingscentra blijkt dat er nog geen optimaal gebruik wordt gemaakt van de capaciteit. Er is plaats, maar er zijn te weinig aanmeldingen.

Wellicht zijn de doelstellingen zoals door de Ziekenfondsraad geformuleerd te hoog gegrepen. Uit het onderzoek van de Universiteit van Groningen is immers gebleken dat slechts weinigen nog geheel zelfstandig funktioneren na beëindiging van de dagbehandeling. De toekomstverwachtingen van de Haagse patiënten en hun huisgenoten bieden daarop ook weinig uitzicht. Maar ook al zou de dagbehandeling alleen funktioneren als voorportaal van het verpleeghuis, dan nog zou deze functie o.i. gerechtvaardigd zijn vanuit het belang van de patiënt. Het gaat er toch om de patiënten zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten blijven. De positieve ervaringen van de Haagse patiënten en hun familieleden onderstrepen deze opvatting.

Er zijn nog open plaatsen, er kunnen meer mensen gebruik maken van deze voorzieningen voor dagbehandeling. Voor de door ons bezochte patiënten en hun familieleden was deze mogelijkheid van dagbehandeling in ieder geval een uitkomst.

Tenslotte volgt hier nog een tweetal praktische informaties over deelname aan dagbehandeling voor psychogeriatricie.

- Schriftelijke aanmelding geschiedt bij de GG en GD te 's-Gravenhage, Korte Vleerstraat 140.

Telefonische informatie is te verkrijgen bij de Afdeling Geestelijke Gezondheidszorg, Onderafdeling Psychogeriatricie van de GG en GD te 's-Gravenhage. Tel.: 070 - 614521 (tst. 308).

- Het vervoer van huis naar het dagbehandelingscentrum en terug wordt geregeld door de centra zelf.

#### Literatuur

Bonn M.C.; De voorziening dagbehandeling in verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten in Nederland anno 1979. Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie, december 1980.

---



INFECTIEZIEKTE	Leeftijd en geslacht														Sub-totaal		Totaal	Opge-		
	0-1		2-4		5-14		15-19		20-39		40-49		50-65		66 +					nomen
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m + v	
<u>Vervolg groep B</u>																				
Trichinosis																				
Tuberculosis			1					1	8	4	3	1	1	3	3	1	16	10	26	6
Tularaemia																				
Typhus exanth.									1									1	1	1
Voedselinfectie																				
Yersinia enterocol- ica-infectie																				
<u>Groep C</u>																				
Gonorrhoea							19	17	246	100	43	3	6	1			314	121	435	
Syphilis (prim. sec.)							2		9	1	5	1	2		1	18	3	21		
Syphilis congenita																				
Parotitis epidemica	4	1					5										4	6	10	
Ulcus Molle							1		4	1	2						7	1	8	