

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

Huisarts en stelselwijziging

Experiment met psychogeriatrische zorg

Waar gaat de eerste-hulp naar toe?

Symposiumverslag 'Den Haag Gezond'

Opvang seksueel geweld

*epidemiologie*

Privé-ongevallen en huisarts

Suïcidaal gedrag

*en verder o.a.*

Korte berichten

*jaargang 26, 1991*

*nummer 3*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

<i>Redactioneel</i>	3
<i>Volksgezondheid</i>	
<i>Huisarts en stelselwijziging</i>	4
- F.M.G. Brandts, M.F. Cox, F.M.M. van Exter en P. van Leeuwen (m.m.v. A. Pols)	
<i>Een experiment met psychogeriatrische zorg in Loosduinen</i>	
<i>Lessen van een vernieuwend project</i>	8
- J.P.J. Slaets, J.A.L. de Keijzer en P.B.M. Went	
<i>Waar gaat de eerste-hulp naar toe?</i>	15
- P.H. van Putten	
<i>'Den Haag Gezond: van pleidooi naar programma'</i>	19
- W.J. Vroege	
<i>Samenwerkingsverband Seksueel Geweld Den Haag</i>	21
- Mw. M. Groefsema en Mw. R. Verlaan	
<i>Epidemiologie</i>	
<i>Behandeling van privé-ongevallen door de huisarts</i>	23
- Mw. I. Burger en P.H. van Putten	
<i>Suïcidaal gedrag</i>	
- W.J. Schudel	27
<i>Korte berichten</i>	32

---

September 1991  
26ste jaargang nr. 3

### ***Epidemiologisch Bulletin***

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid in de nulde en de eerste lijn. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar en richt zich primair tot deze hulpverleners en bestuurders in de gezondheidsregio Den Haag.

#### **Redactie**

*H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); F.M.G. Brandts, arts; Mw. I. Burger; M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel.  
m.m.v. A. Pols en H. Burger*

#### **Correspondenten**

##### *Dienst Welzijn:*

W.J.O. Beaumont, arts, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne  
H.W. Hack, arts, afdeling Gezondheidszorg  
H.J. Meiburg, sector Welzijnsprojecten  
J.W.C. Rouw, sector Maatschappelijk Welzijn  
Ir. H.W.A. Struben, vakgroep Epidemiologie  
B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg  
W.J. Vroege, vakgroep Omgevingsgezondheid  
H. Westerhof, afdeling Jeugd tandzorg  
W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieudeskundige

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag  
D.C. Kaasjager, arts, ministerie van WVC  
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag  
C.T. Benningshof, arts, PHV Den Haag e.o.  
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag  
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag  
Dr. A.H.M. Kerkhoff, universiteit Leiden  
Prof. dr. J.P. Vandenbroucke, universiteit Leiden  
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam  
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO  
Mw. H.M. Sachse-Bonhof, arts, GGD Rijswijk  
P.J.-W. Soetekouw, arts, GGD Zoetermeer  
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland  
Dr.Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland  
Mw. F.L. van Leeuwen, Haags Kruiswerk

ISSN 0921-6219

#### **Redactieadres**

Dienst Welzijn  
Sector GGD  
Thorbeckelaan 360  
2564 BZ Den Haag  
Postbus 65 783  
2506 EB Den Haag  
Mw. I. Burger  
Tel.: 070 - 361 94 47  
Fax: 070 - 361 94 19

#### **Vormgeving**

bureau T&IC, Delft

#### **Druk**

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

#### **Uitgave**

Dienst Welzijn  
Sector GGD Den Haag

#### **Oplage**

1600 ex.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin.

Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.

De richtlijnen voor auteurs kunnen bij 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.

**In dit Epidemiologisch Bulletin lezen we over symptomen van een gefragmenteerde gezondheidszorg. De complexe materie vraagt om communicatie en goede bindende afspraken met elkaar over de zorg in de regio.**

In de artikelen van Van Putten en van Slaets c.s. worden twee actualiteiten in de gezondheidszorg aan de orde gesteld, die ook in de Haagse regio sterk spelen.

Mensen lopen voor EHBO-kwesties regelrecht naar het ziekenhuis en passeren de huisarts. Het pleidooi van Van Putten is gericht op het herstel van de vertrouwde Nederlandse situatie van de 'eerste zorg' bij de huisarts. Het bepleite sturingsmiddel zijn de betaling en de vergoeding.

In Loosduinen heeft een experimenteel psychogeriatrisch team gefunctioneerd. Eén ding is in ieder geval glashelder geworden uit deze ervaring: het optimaal laten functioneren van een dergelijke voorziening vraagt de betrokkenheid van meer dan alleen de drie teamleden. Een psychogeriatrisch expertisepunt is pas zinvol als het onderdeel uitmaakt van een stelsel van op elkaar afgestemde voorzieningen, waarin de deelnemende instellingen en hulpverleners de weg weten.

Beide voorbeelden behandelen complexe vraagstukken van gezondheidszorg en/of maatschappelijke dienstverlening in de regio Den Haag. De problemen rond de EHBO-voorziening zijn niet van gisteren. De ziekenhuizen klagen steen en been over de omvangrijke en oneigenlijke toeloop van problemen. De discussie over de doktersnachtdienst is eveneens nog niet afgesloten. Zo actueel is voor onze regio deze materie dat een Haagse huisarts, de heer Engelenburg, er een gerichte studie van maakte.

Dat de psychiatrische, maar ook de somatische zorg voor ouderen ons 'een zorg is', behoeft nauwelijks betoog. We hebben een regionale populatie, waarvan 15% ouder is dan 65 jaar en 2,5% ouder dan 85 jaar. 'Substitutie', 'intensieve thuiszorg', 'centra voor thuiszorg' en het psychogeriatrisch team in Loosduinen zijn illustraties van het zoeken, in Groot-

Den Haag, naar de juiste vorm en inhoud van ouderenzorg, anno 1991.

Over beide artikelen valt wellicht kritisch op te merken dat ze te weinig gebaseerd zijn op wetenschappelijk verzameld feitenmateriaal. Ofschoon er uiteraard objectieve toevoegingen mogelijk zijn, mag men stellen dat de aangevoerde problematiek te complex, te multidisciplinair is en te zeer verweven met financiële en institutionele belangen om te verwachten dat wetenschap alleen hieruit een uitweg kan bieden. We hebben, zo blijkt, te maken met een totaal van gezondheidszorg waarbinnen onvoldoende onderlinge afstemming mogelijk is om de complexe problematiek tegemoet te treden. In het verleden heeft blijkbaar ook de Haagse gezondheidszorg ermee kunnen volstaan te werken op basis van bestaande tradities en onder directieven vanuit Utrecht of Rijswijk. De huidige situatie, zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant, vraagt om een andere benadering.

Wetenschappelijke onderbouwing moet, voor zover mogelijk, worden gezocht. Maar zeker zo wezenlijk is daarnaast het maken van goede bindende afspraken met elkaar over de zorg in de regio. Dat is nog geen traditie en verloopt dan ook in vele gevallen nog moeizaam.

Allereerst is het daartoe van belang elkaars standpunten te leren kennen. Dat stimuleert de meningsvorming en het proces van communicatie, die nodig zijn om tot overleg en afspraken te komen. Wat vinden bijvoorbeeld de ziektekostenverzekeraars, het patiëntenplatform en de ziekenhuizen van de ideeën van Van Putten?

Wat hebben onze verzorgingshuizen, verpleeghuizen, huisartsen en ziekenhuizen te melden over de lessen en aanbevelingen van Slaets c.s.?

De redactie ziet hun visies gaarne tegemoet.

---

# Huisarts en stelselwijziging

---

*F.M.G. Brandts, M.F. Cox, F.M.M. van Exter en P. van Leeuwen  
(m.m.v. A. Pols)*

Het einde van de contracteerplicht voor ziekenfondsen is nabij, ook al is een precieze datum nog altijd niet bekend. Aan nieuwe medewerkers, zoals huisartsen, apothekers en tandartsen kunnen ziekenfondsen hun eigen eisen gaan stellen. Voor hen die al een contract hebben geldt een overgangstermijn van drie jaar. In het vorige nummer liet drs. H. Luchtmeijer, directeur van ziekenfonds Haaglanden, een aantal ballonnen op. Tamelijk resolute ideeën voor een nieuwe huisartsenzorg. In dit nummer replek van een viertal huisartsen.

De huisartsen F.M.G. Brandts, M.F. Cox, F.M.M. van Exter en P. van Leeuwen hebben het verhaal van Luchtmeijer op zich laten inwerken. De directeur van het ziekenfonds sprak zich onder meer uit voor praktijkdifferentiatie: in 'zware' praktijken zou het aantal patiënten omlaag moeten, terwijl het norminkomen gehandhaafd blijft. Afspraken tussen verzekeraars en medewerkers worden niet langer landelijk, maar regionaal geregeld. Voor kleine specialistische ingrepen zou de huisarts apart gehonoreerd moeten worden, zodat de tweede-lijn wordt verlost van veel 'onnodige ruis'. De huisarts dus als mini-specialist. De zorg zou daardoor ook goedkoper worden.

'Vestigingsbeleid = contracteerbeleid = honorering,' in Luchtmeijer's optiek. Ook al treft dat de huisartsenzorg nog niet, het ziekenfonds loopt al aardig vooruit op de vernieuwing: Poolse gebitskronen, de ligitaxi, de optometrist en de hoorapparaten vormen tot nu toe al dan niet gerealiseerde proeftuintjes voor een nieuwe cultuur.

## *Machtsverhoudingen*

Van Leeuwen: 'Natuurlijk krijgen de ziekenfondsen een zekere macht als de plicht vervalt om een contract aan te gaan met een huisarts die, zoals nu nog het geval is, door de gemeentelijke commissie

---

### *Over de auteurs*

*F.M.G. Brandts, huisarts; M.F. Cox, huisarts; F.M.M. van Exter, huisarts, lid vestigingscommissie en P. van Leeuwen, huisarts, voorzitter van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, allen in Den Haag. A. Pols is redacteur van NRC-Handelsblad*

(vestigingsbeleid) wordt aangedragen. Wij, huisartsen, bieden de zorg aan. Je zou het dus als het om de macht gaat ook om kunnen draaien. Het ziekenfonds kan theoretisch wel in zee willen met een collega die aan de eisen van het fonds wil voldoen, maar die zal toch in de eerste plaats tegemoet moeten komen aan de voorwaarden die wij aan collega-huisartsen stellen. En meer in het bijzonder aan die van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). Ik denk dan aan eisen van bereikbaarheid en beschikbaarheid. Dat zal niet anders dan in samenwerking met de zittende collega's kunnen. Daar heeft het fonds niet direct iets mee te maken.'

Van Exter: 'Ik verwacht dat in de toekomst het werken volgens de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap zwaar zal gaan wegen. Je eigen handelen, of dat van de huisartsengroep waartoe je behoort, moet gaan sporen met die standaarden. Daar fietst een ziekenfonds niet zomaar doorheen. Natuurlijk gebeurt dat allemaal op basis van vrijwilligheid, maar als we het over druk hebben, denk ik dat de druk van de collega's onderling wel eens zwaarder zal kunnen zijn dan die van de verzekeraars. En dat huisartsen zich veel aan die onderlinge toetsing gelegen laten liggen, blijkt wel uit de deelname aan de nascholingsactiviteiten. Kijk bijvoorbeeld naar de drie-daagse gerichte nascholing voor huisartsen: van de 650 huisartsen in regio West-Nederland nemen er ruim 400 aan deel.'

### *Solidariteit*

Brandts: 'Doordat ziekenfondsen commerciëler moeten gaan opereren zou dat ten koste kunnen gaan van de kwaliteit, terwijl voor huisartsen kwaliteit van zorg nummer één is. Voor ziekenfondsen kan het bijvoorbeeld uit commercieel oogpunt interessant zijn om het verzekeringspakket op te tuigen met extra voorzieningen (homeopathische geneesmiddelen, kuuroorden), maar het is de vraag of dit ook uit een oogpunt van kwaliteit verantwoorde keuzen zijn. Als er verandering komt dan zie ik dat gebeuren in samenspraak met ons huisartsen en niet als een door het ziekenfonds opgelegde verandering. We moeten er voor zorgen dat de solidariteit binnen de beroepsgroep wordt gehandhaafd. Dus dat er geen contractjes worden gesloten met individuele huisartsen. Hoe zo'n contract er uit zal zien dient centraal, door de LHV, te worden geregeld. Worden er afwijkende contracten aangeboden, dan behoudt Utrecht zich het recht voor daar een stokje voor te steken.'

Van Leeuwen: 'Er moet natuurlijk geen twijfel over bestaan dat wij als huisartsen de belangrijkste stem hebben als het gaat over het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Inhoudelijk zijn we het meest deskundig en bovendien verantwoordelijk voor die zorg. Gaat er iets fout dan zijn wij aanspreekbaar en niet het ziekenfonds. Los hiervan zou het raar zijn als aan de zorgverzekeraar zelf geen kwaliteitseisen gesteld zouden worden. Wat betekent goed verzekeraarschap?'

'In de driehoeksrelatie op basis van gelijkwaardigheid tussen patiënt/consument, zorgaanbieder en zorgverzekeraar dienen patiëntenorganisaties een eigen beleid ten aanzien van de kwaliteit te formuleren en er niet van uit te gaan dat deelname aan verzekeringsraden en andere bestuursorganisaties van zorgverzekeraars voldoende waarborg biedt.'

### *Tweede-lijn ontlasten*

Van Exter: 'De tendens bij ziekenfondsen om te streven naar ontlasting van de tweede-lijn begrijpen we heel goed. De patiënt en de publieke opinie hechten veel waarde aan het oordeel van de specialist. Men raakt onder de indruk van de technische mogelijkheden en wil die ook graag gebruikt zien om een maximum aan zekerheid te krijgen. Dat moet wel het summum van kwaliteit zijn.'

'Als je je als arts wilt toeleggen op speciale vaardigheden vind ik dat persoonlijk een goede ontwikkeling.'

Brandts: 'Ik begrijp wel dat sommige collega's voor sommige dingen extra belangstelling hebben, maar ik ben huisarts, dus in de eerste plaats generalist. Dat komt in het gedrang als ik me te veel met specialisaties in het vak ga bezighouden.'

Van Leeuwen: 'Het gevaar in Luchtmeijers betoog is dat het generalisme op den duur verdwijnt. Er beginnen dan als het ware allerlei ongediplomeerde specialisten te functioneren.'

Brandts: 'Ook van Hall, hoogleraar verloskunde en gynaecologie te Leiden, heeft het in zijn artikel over villa-geneeskunde over het ondermijnen van de eerste-lijn. Het fonds van Luchtmeijer was er als de kippen bij om privé-klinieken financieel mogelijk te maken. Of daarmee de kwaliteit van de voorzieningen in hun totaliteit achteruitgaat is niet primair de zorg van elkaar beconcurrerende verzekeringen. Winst is hun eerste oogmerk.'



### Voorwaardenscheppend

Van Leeuwen: 'Zijn we tegen het aanleren van nieuwe of verbeteren van bestaande vaardigheden? Vanzelfsprekend niet en als het fonds dergelijke zaken extra wil belonen, prima, maar we hebben het dan over een voorwaardenscheppende manier. Het ziekenfonds moet en mag stimuleren, maar niet dwingen. Wat gebeurt er als iemand die iets speciaals kan uit een huisartsengroep verdwijnt? Moet er dan een collega voor terugkomen, die precies dezelfde belangstelling heeft? Onzin natuurlijk. Het moet in de eerste plaats een goede huisarts zijn. Dat is de enige voorwaarde.'

Cox: 'Misschien komen er hele mooie dingen uit het overleg met de ziekenfondsen, maar wij zullen vasthouden aan de lijn die door Utrecht wordt uitgezet. Als lokale groep huisartsen ligt onze kracht in de spreekkamer en niet aan de onderhandelings-tafel. We moeten er naar blijven streven minder naar de tweede-lijn te verwijzen. Dat ben ik met Luchtmeijer eens. Er komen heel wat 'gewone dingen' in het ziekenhuis terecht en mensen worden daar ook gehouden zonder de geringste noodzaak. Als ik het ziekenfonds iets zou mogen aanraden, dan is het huisartsen cursussen geven in gesprekstechnieken. Een goede communicatie en vertrouwen tussen arts en patiënt zijn nodig voor een hulpverlening waarbij evenwichtig aandacht wordt besteed aan somatische en psychische aspecten van de klachten waarmee de patiënt komt.'

'Kijk een atheroomkyste hoeft natuurlijk niet naar een ziekenhuis. Maar je verwijst, want in de praktijk kost dat veel tijd. Het zou zo gek nog niet zijn als er een stimulans kwam om dat door de huisarts te laten doen. Maar dan moet er wel een echte prikkel zijn.'

Brandts: 'In dit verband zou ik nog wel eens willen pleiten voor meer overleg tussen eerste- en tweede-lijn, met 'winst' voor patiënt, arts en verzekeraar. Je zou een beeld moeten hebben van de verschillende interesses van de huisartsen in de regio. Vervolgens vraag je aan bijvoorbeeld de KNO-geïnteresseerden om namens de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV) afspraken te gaan maken met alle KNO-artsen in de regio. Dus niet met afzonderlijke ziekenhuizen. Vervolgens ga je proberen afspraken in protocollen vast te leggen, waar weliswaar van afgeweken mag worden, maar dan wel als er argumenten voor zijn. Succes verzekerd!'

Van Leeuwen: 'De atheroomkyste werd al genoemd, maar het gaat ook om mensen die 'moe' zijn. Die zijn duur. Ze worden door iedereen in het ziekenhuis bekeken en door elke machine gehaald.'

'Neem het plaatsen van een spiraaltje. Daar worden door de gynaecoloog meteen afspraken bij gemaakt voor uitstrijkjes. Die vrouwen worden helemaal in het circuit gehaald. Dat is iets wat een huisarts zou kunnen doen als hij er de tijd voor kreeg en de beloning. Ziekenfondsen moeten in overleg heel goed bekijken wat substituueerbaar is. Of je dan op atheroomkysten uitkomt, die de chirurg er in een keer uithaalt, daar kan je nog over twisten, maar over spiraaltjes en vermoeidheid niet.'

### Specialist als consulent

Cox: 'Naast structureel overleg zoals door collega Brandts genoemd, zal de specialist denk ik meer moeten gaan functioneren als consulent. Een soort overleg zoals nu wel met apothekers plaatsvindt. Een specialist die bijvoorbeeld één keer per maand langs gaat bij een groep van huisartsen en adviseert hoe ze een patiënt zelf verder kunnen behandelen.'

Zouden gezondheidscentra een alternatief kunnen zijn voor een efficiëntere huisartsenzorg? Brandts: 'Ik kan me niet voorstellen dat ziekenfondsen daaraan willen. Ze zijn commercieel gezien nooit interessant geweest en moeten met subsidies op de been worden gehouden (14 miljoen gulden per jaar).'

Cox: 'Dat komt doordat ze altijd te grootschalig zijn geweest.' En van Leeuwen: 'Een centrum met zes à zeven huisartsen is eigenlijk al te groot. Het is niet haalbaar en ook niet gewenst. De huisvesting is veel te kostbaar en patiënten staan niet te springen om er naar toe te gaan. Je hebt het in de Schildersbuurt gezien. Het heeft nooit gelopen. Het kwam pas op gang toen mensen wel moesten wegens een huisartsentekort. Dergelijke clusters slaan niet aan. We zijn alleen door waarneming aan elkaar gebonden. Voor het overige zijn we solistisch bezig en daar hebben we ook voor gekozen.'

In hoeverre moeten de huisartsen het ziekenfonds op afstand houden?

Van Leeuwen: 'Er wordt niet geheerst en er wordt niet verdeeld. Als de ziekenfondsen dat willen dan zullen ze van een koude kermis thuiskomen. Staken doen we niet snel, er zijn ook andere manieren om ongenoevens te laten blijken. Wielrenners in de

Tour de France wandelen soms een stukje in plaats van te fietsen. Ze zullen het met ons en onze patiënten moeten doen. Ik zie de ziekenfondsen nog niet zo gauw een blik buitenlandse huisartsen opentrekken.'

Brandts: 'Het mag nog wel eens gezegd dat het niveau van de Nederlandse gezondheidszorg hoog is. Veranderen kan nodig zijn, maar niet iedere verandering is automatisch goed.'

---



# Een experiment met psychogeriatrische zorg in Loosduinen

---

## *Lessen van een vernieuwend project*

*J.P.J. Slaets, J.A.L. de Keijzer en P.B.M. Went*

Ongeveer 400 bejaarde Hagenaars wachten op een plaatsje in een psychogeriatrisch verpleeghuis. De nood is hoog en deskundigheid moet volledig worden benut. Een driekoppig psychogeriatrisch team deed tussen oktober 1989 en september 1990 een experiment in Loosduinen. Het ging vooral om adequate diagnostiek. De resultaten zijn hoopvol: in principe zijn wachtlijsten niet nodig. Maar de eerste-lijn zou zich geïnteresseerder moeten tonen, terwijl instellingen hun eigen autonomie belangrijker lijken te vinden dan een nieuwe aanpak van deze almaar groter wordende problematiek.

Het advies van de Gezondheidsraad verstaat onder psychogeriatrische ziektebeelden: alle psychische stoornissen (al dan niet samenhangend met een somatische factor) die op oudere leeftijd voor het eerst optreden (1). Bij ongeveer 20% van de ouderen komt dit in mindere of meerdere mate voor.

Vooral worden genoemd: het dementie syndroom, depressie en delirium. Het advies gaat ook in op de consequenties van deze ziektebeelden voor ons hulpverleningsapparaat. Een gebrek aan parate kennis, het ontbreken aan afstemming en coördinatie, het niet inspelen op veranderde behoeften en onderschatting zijn veelal oorzaken waarom de opvang van patiënten met een psychogeriatrisch ziektebeeld niet altijd optimaal verloopt.

### *Noodklok luidt in Den Haag*

De noodzaak om tot meer samenhang in het psychogeriatrische circuit te komen is zeker in Den Haag aanwezig. Deze stad heeft hiervoor ongunstige condities vanwege haar bevolkingsopbouw, sociale verbanden en leefklimaat. Er staan ongeveer 400 mensen met een AWBZ-indicatie op de wachtlijst voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. Er is een voortdurende inflatie in urgentieverklaringen waarbij steeds nieuwe codes worden verzonnen om de hoogste nood te lenigen. In de algemene en psychiatrische ziekenhuizen bestaat een groot aantal 'verkeerde-bed-problematiek'-patiënten. Dit heeft

---

#### *Over de auteurs*

*J.P.J. Slaets, klinisch geriater, werkzaam in ziekenhuis Leyenburg en het psychiatrisch ziekenhuis Rosenburg;*

*J.A.L. de Keijzer, arts-psychogeriatricus van de RIAGG Westhage en*

*P.B.M. Went, verpleeghuisarts, werkzaam in het verpleeghuis Houtwijk*

zowel negatieve gevolgen voor de behandeling van deze patiënten als voor de efficiëntie van de ziekenhuizen. In de verzorgingshuizen heeft ten minste 10% van de bewoners psychogeriatrische problematiek zonder dat deze voorzieningen beschikken over voldoende personeel en deskundigheid.

De mogelijkheden om een zorgsysteem in de thuissituatie op te zetten verschillen van wijk tot wijk en zijn ook niet constant in de tijd. Er bestaan ook geen eenduidige procedures voor de coördinatie van een dergelijk zorgsysteem. Welke kwalitatieve en kwantitatieve eisen mogen er gesteld worden aan wijkverpleging en thuiszorg? De plaatsbepaling van de verschillende screeningsmogelijkheden is volstrekt onduidelijk: huisarts, RIAGG, geriatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, polikliniek, verpleeghuis?

In de bestuurscommissie ouderenzorg van het samenwerkingsverband Regionale Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) was iedereen er van overtuigd dat er een coördinatie op stadsdeelniveau moest komen met een evenredige beschikbaarheid van alle elementen uit het circuit en het toekennen van eenduidige verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

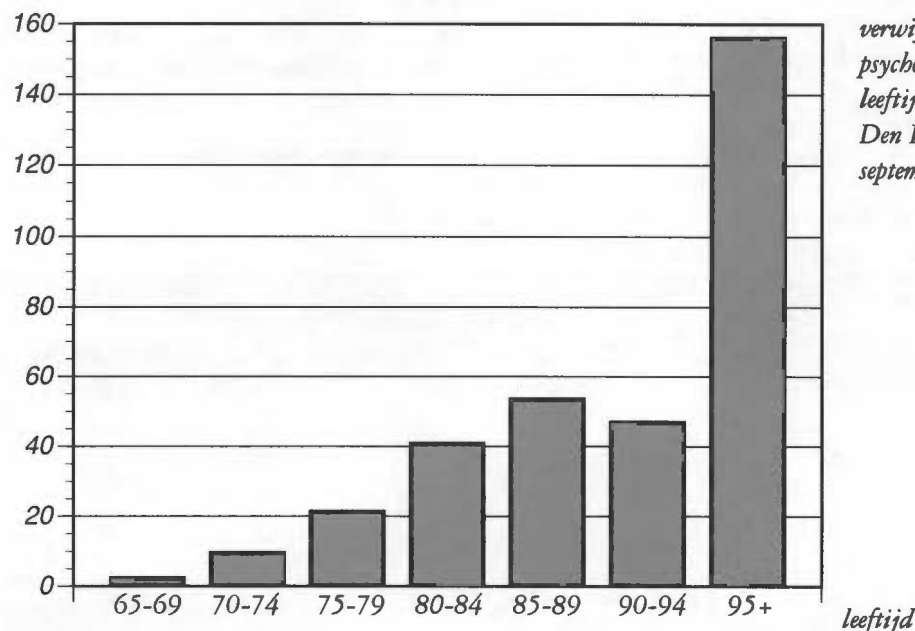
De gemeente Den Haag heeft in haar nota 'Beter Gezond', vorm gegeven aan deze gedachte (2). In actiepunt 34 staat dat psychogeriatrische teams zullen worden ingesteld. Dergelijke teams dienen belangrijke schakels uit het geriatrische circuit te verenigen om zo, gebruik makend van elkaars spe-

cifieke deskundigheid op het gebied van diagnostiek, behandeling en zorgverlening, de totale zorgverlening voor deze patiënten te optimaliseren. Tevens wordt hiermee de exacte omvang van de problematiek duidelijker en ontstaat meer inzicht in ieders werkwijze en in de bestaande (informele) procedures.

In maart 1989 kreeg het actiepunt daadwerkelijk vorm: onder auspiciën van de gemeente Den Haag kwam in het stadsdeel Loosduinen, als experiment voor een jaar, een psychogeriatrisch team. De gemeente stelde hiervoor een bedrag van f 10.000 beschikbaar. Het experiment werd gedragen door de participerende instellingen in het stadsdeel, met name het verpleeghuis Houtwijk, RIAGG Westhage, het Psychiatrisch Centrum Rosenburg en het ziekenhuis Leyenburg. Het team bestond uit een klinisch geriater, een verpleeghuis-arts en een arts-psychogeriatric, de drie auteurs van dit artikel. Door het team werd met de betrokken ambtenaren regelmatig contact onderhouden.

Naast de psychogeriatrische patiënt, als voornaamste aandachtspunt, werd ook het hulpverleningscircuit op zichzelf als aparte doelgroep onderscheiden. Mantelzorgers, verzorgenden in verzorgingshuizen, ziekenhuisspecialisten, huisartsen, gezinsverzorgers en wijkverpleegkundigen zouden bij de diagnostisering en opvang van de psychogeriatrische patiënt ondersteund kunnen worden vanuit het psychogeriatrisch team.

per 1.000



figuur 1

verwijzingen naar het psychogeriatrisch team per leeftijdsgroep.  
Den Haag, oktober 1989 - september 1990

De psychogeriatric teamleden stelden zichzelf ook ten doel elkaars deskundigheid aan te vullen en een gezamenlijk beleid te ontwikkelen. Deze verschillende doelstellingen van het experiment worden in dit artikel behandeld, gevolgd door enkele kritische kanttekeningen.

### Verslag van het experiment

#### Aanmelding

Gedurende het experiment (oktober 1989 - september 1990) werden 140 in het stadsdeel Loosduinen (de wijken 14,15 en 18) woonachtige patiënten bij één van de deelnemende instellingen aangemeld. Van deze patiënten hadden zich 90 bij RIAGG Westhage aangemeld: 33 en 7 waren respectievelijk afkomstig van de afdeling geriatrie in Leyenburg en Rosenburg, 7 van de geriatrie poliklinieken en 3 van het verpleeghuis Houtwijk. Over 50% van de casussen werd in psychogeriatric teamverband van gedachten gewisseld en over 25% werd in het overleg een conclusie geformuleerd.

Van iedere aangemelde patiënt vulden we, ongeacht bespreking in psychogeriatric teamverband, een registratieformulier in. Naast persoonsgegevens en verwijzer registreerden we de sociale situatie, de aanwezige zorg en de vraagstelling. De psychiatrische en somatische diagnose kwamen vervolgens aan bod; de validiteit werd bepaald (SIVIS-model) en tenslotte legden we de actie en/of het advies vast.

In een aantal gevallen was er aanleiding om (een deel van) de diagnostiek bij een ander psychogeriatric teamlid te laten uitvoeren. In de loop van het

experiment groeide het inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden waarover elke participant beschikte. Deze betroffen enerzijds aanwezige (specialistische) deskundigheden, anderzijds kwamen capaciteitsaspecten aan de orde. Het aldus bespreken van intakes bracht in elk geval inzicht in ieders werkwijzen en mogelijkheden.

#### Leeftijd en geslacht

Zoals opgemerkt waren in het project 140 patiënten betrokken; daarvan waren 105 vrouwen en 35 mannen. De verzamelde gegevens van deze personen geven een inzicht in de psychogeriatric situatie van de inwoners in het stadsdeel Loosduinen voor zover ze verwezen werden naar het geriatrie circuit. In het stadsdeel wonen naar verhouding meer ouderen dan in Den Haag als geheel. In Loosduinen is 28% van de bevolking ouder dan 65, in Den Haag 19%.

In afbeelding 1 is per leeftijdsgroep het aantal verwijzingen per 1.000 inwoners weergegeven. Zoals verwacht mocht worden neemt dit aantal toe met de leeftijd. In totaal werden 137 Loosduinners van 65 jaar en ouder verwezen naar de deelnemende instellingen (22 per 1.000 stadsdeelinwoners). Wanneer we op basis van deze gegevens een extrapolatie maken voor Den Haag dan betekent dit 1681 65-plussers die verwezen werden.

#### Sociale situatie

De burgerlijke staat is als volgt verdeeld: 92 weduwe(naar), 34 gehuwd, 11 ongehuwd, 2 gescheiden en 1 samenwonend.

50 patiënten woonden alleen, 22 zelfstandig met partner en 48 waren bewoners van verzorgings-

tabel 1

vraagstelling aan en diagnose door het psychogeriatric team.  
Den Haag, oktober 1989 - september 1990

Diagnose	Open	Vraagstelling			Totaal
		Affectieve	Cognitieve	Anders	
Dementie	7	1	18	4	30
Amnestisch	3	3	16	5	27
Depressie	1	11	1	0	13
Anders	8	11	6	12	37
<b>Totaal</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>107</b>

huizen. De overige 19 verbleven in verpleeghuizen, pensions of serviceflats en 1 patiënt woonde in bij kinderen.

Slechts 20 van de 71 patiënten die alleen of met partner thuis woonden hadden een of andere vorm van professionele hulpverlening.

### Vraagstelling en diagnose

In de vraagstelling van de 107 patiënten waarbij een diagnosevraag door de verwijzer werd gesteld kwam 19 maal een open diagnosevraag voor (tabel 1). Bij 26 patiënten werd gevraagd of er sprake was van een affectieve en bij 41 van een cognitieve stoornis.

Van laatstgenoemde groep hadden er 18 een dementieel syndroom en 16 een amnestisch syndroom (tabel 1) Slechts één patiënt werd aangeboden met de vraag naar een cognitieve stoornis en werd uit-geboekt als depressie.

### Adviezen

Tabel 2 laat de verwijzings- en plaatsingsadviezen zien zoals deze door het psychogeriatrisch team zijn geformuleerd.

In het merendeel kreeg de aanvrager het advies de patiënt onder de zorg van de RIAGG te plaatsen. Voor zeven patiënten is door de psychogeriatrische teamleden gezinshulp dan wel wijkverpleging geregeld. Bij 16 personen werd op het ogenblik van de registratie door de psychogeriatrische teamleden geen verdere actie ondernomen.

### Validiteit

Bij 130 patiënten werd een SIVIS-hulpindex\* berekend. De gemiddelde waarde was 3,6. Figuur 2 laat een histogram zien met de SIVIS-hulpindex van de geïndiceerden voor een psychogeriatrisch verpleeghuis, de bewoners van verzorgingstehuizen en de thuiswonenden. Uit deze figuur valt op te maken dat een flink aantal van de patiënten die in de verzorgingshuizen verbleef een hoge zorgbehoefte had (gemiddelde score 4,4). Kijken we naar de SIVIS-hulpindex voor de groep waarvoor een psychogeriatrisch verpleeghuis geïndiceerd was, dan valt een bimodale verdeling op: 25% van deze groep had een hulpindex die lager lag dan twee en werd dus met een goed ADL naar een begeleidingsafdeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis verwezen, 65% had een hulpindex van zeven of meer.

Bij thuiswonenden (gemiddelde score 2,9) viel op

tabel 2

verwijzings- en plaatsingsadviezen van het psychogeriatrisch team.

Den Haag, oktober 1989 - september 1990

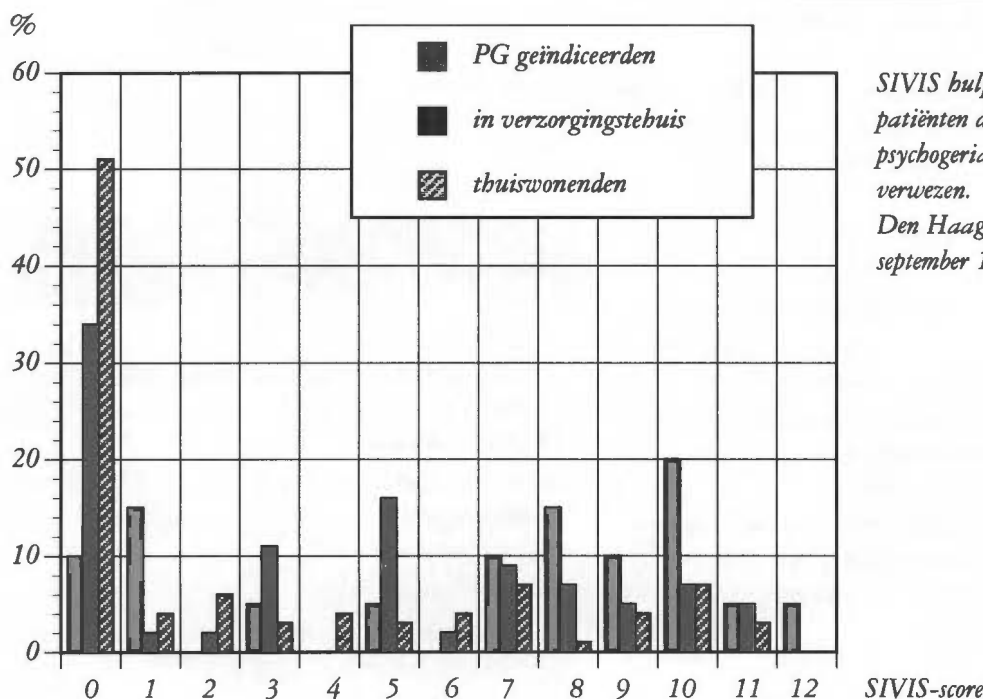
Instantie	aantal
RIAGG	65
Dagbehandeling PG-verpleeghuis	6
Dagbehandeling PZ	2
PG-polikliniek	7
Geriatrische afd. psych. ziekh.	13
Verzorgingshuis	9
PG-verpleeghuis	21
Somatisch verpleeghuis	12
<b>Totaal</b>	<b>127</b>

Zeven patiënten kregen een gecombineerd advies, zoals RIAGG + PG-polikliniek

dat er naast een hoog percentage met een SIVIS-hulpindex van nul relatief veel ouderen met een hoge SIVIS-score thuis bleven en niet geïndiceerd werden voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. De gemiddelde SIVIS-hulpindex naar diagnosegroepen zag er als volgt uit: dementie 6,0 ; amnestisch syndroom 2,6 en depressie 2,2.

### Samenwerking eerste-lijn

Het psychogeriatrisch team had, vanuit het verpleeghuis Houtwijk, de verzorgingstehuizen het aanbod gedaan screenings te verrichten en adviezen te verstrekken over verpleegkundige handelingen en dagbestedingsmogelijkheden ten behoeve van dementerende bewoners. Daarnaast konden ergotherapeutische adviezen worden gegeven. Soms waren al in het kader van het substitutiebeleid onderhandelingen gaande met andere verpleeghuizen over vergaande samenwerkingsafspraken en werd het aanbod van het psychogeriatrisch team door de verzorgingstehuizen als concurrerend ervaren. Bovendien bleek het niet zo eenvoudig om huisartsen, familie en/of verzorgers te vragen ouderen aan te melden ter screening, als ze voor de verzorging geen onoverkomelijke problemen opleverden. Privacyargumenten en de visie van verzorgingshuizen, die



SIVIS hulpindex van de patiënten die naar het psychogeriatrisch team werden verwezen.

Den Haag, oktober 1989 - september 1990

aan de ouderen een hoge mate van zelfbeschikkingsrecht geeft, spelen bij het wel of niet aanmelden een belangrijke rol. Volstaan werd met het aanbieden van de mogelijkheid ouderen met psychogeriatrische symptomatologie optimaler te doen begeleiden door een aantal verzorgenden van het verzorgingshuis te scholen in het herkennen van dementiën en het gebruik van de GBS- scorelijst (3).

Alle huisartsen met patiënten in Loosduinen konden gebruik maken van diagnostische en curatieve expertise van het psychogeriatrisch team. Hiervan is slechts éénmaal gebruik gemaakt.

Met de wijkverpleging is in het kader van het psychogeriatrisch team geen contact geweest. In een drietal besprekken met leidsters en verzorgenden van de Stichting Thuiszorg zijn de mogelijkheden van het psychogeriatrisch team voor de gezinszorg verkend. De besprekken hebben niet geleid tot initiatieven in Loosduinen om verder vorm te geven aan deze ideeën.

Het psychogeriatrisch team wilde de begeleiding van ouderen die op de wachtlijst van het verpleeghuis Houtwijk stonden en begeleiding kregen van de RIAGG alvast door het verpleeghuis laten overnemen. Dit is bij een mooie gedachte gebleven. Of de kandidaten woonden niet in Loosduinen of de

verzorgingshuizen gaven aan, liever met een ander verpleeghuis te willen samenwerken in het kader van toekomstige substitutieprojecten.

### Beschouwing

De samenstelling van het psychogeriatrisch team, zoals in dit experiment, is wat betreft de teamleden ideaal: naast de RIAGG en het verpleeghuis is een geriater voorhanden, die zowel in het somatische als in het psychiatrische ziekenhuiscircuit is ingevoerd. De samenwerking bleek in de praktijk goed te werken. De gezamenlijke casuïstiekbesprekingen waren de motor om elkaars werkerterrein voor de psychogeriatrische problematiek te verkennen, kritisch te bezien, aan te vullen en te evalueren.

De samenwerking met de eerste-lijn bleek in de praktijk moeilijk te verwezenlijken, ondanks de opzet van het experiment, die conform de doelstelling, zo laagdrempelig mogelijk was gesteld. In deze zin heeft het experiment dan ook tot weinig resultaten geleid. Daarbij moet zeker worden aangetekend, dat de huisartsen de afzonderlijke psychogeriatrische teamleden wel wisten te vinden, maar de gevolgde kanalen wijzigden niet of nauwelijks.

De samenwerking met verzorgingshuizen bleek



vooral te stuiten op bestaande of nog te vormen samenwerkingsverbanden met verpleeghuizen uit de eigen geledingen, een belemmering die in de hand werd gewerkt door een aantal op stapel staande substitutie-initiatieven. Deze koers is in strijd met de vorming van op stadsdeelgerichte samenwerkingsverbanden.

De initiatieven van het psychogeriatrisch team ten aanzien van de verzorgingshuizen in het stadsdeel en de begeleiding van de thuiswachtende geïndiceerden voor een psychogeriatrisch verpleeghuis zijn mede hierdoor niet van de grond gekomen.

De als prettig en belangrijk ervaren samenwerking in psychogeriatrisch teamverband op stadsdeel niveau is voor de teamleden reden geweest een vervolgvorstel te formuleren. Er zou een vervolgsperiment kunnen worden geïnitieerd waarin een centraal, laagdrempelig schakelstation wordt opgezet. Deze 'balie', waar elke hulpverlener diagnostische vragen ter attentie van de psychogeriatric kan voorleggen, verwijst vervolgens naar één van de psychogeriatrische teamleden. Het model Nottingham in Engeland zou wellicht als voorbeeld kunnen dienen (4). Er zal aan de hand van de ervaringen een evenwichtige verdeling van de diagnostische mogelijkheden moeten komen, hetgeen capaciteitsveranderingen zal vergen. Zo zal de diagnostische mogelijkheid die het verpleeghuis biedt frequenter kunnen worden gebruikt en kunnen de beschikbare GAPZ-bedden optimaler worden benut. Ook moet er naar gestreefd worden om patiënten met psychogeriatrische problematiek, na adequate diagnostiek, uit de algemene ziekenhuizen zoveel mogelijk weer naar huis te ontslaan om van die situatie uit het plaatsingsbeleid en de urgentie te regelen. Dat zal ook financiële gevolgen hebben en moet nader worden uitgewerkt. Het financiële aspect noemen we met nadruk omdat het psychogeriatrisch teamexperiment bijna met gesloten beurs is uitgevoerd.

Tenslotte moet de beperking die het experiment psychogeriatrische teamvorming zichzelf tevoren heeft opgelegd, namelijk het accent op de diagnostiek, geen belemmering voor de toekomst zijn om ook binnen de behandel mogelijkheden op grotere schaal samenwerking te zoeken. Juist bij de aanpak van psychogeriatrische behandeling en opvang is goede en duidelijk omliggende samenwerking van essentieel belang. Een keuze voor de RIAGG-indeling zou al een voorlopige, relatief eenvoudig te verwezenlijken stap zijn.

### *Kritische kanttekeningen*

Het psychogeriatrisch team baseerde zijn werkwijze op het beleid dat binnen de RIGG was ontwikkeld. De contingentering van verpleeghuisbedden en het vormen van regelteams op stadsdeelniveau staan hierbij centraal. Dit beleid bleek echter alleen op papier aanwezig. Instellingen gaan gewoon door met ongecoördineerde privé-initiatieven, het leggen van dwarsverbanden (die weinig of niets te maken hebben met bovengenoemde afspraken) en het gevecht om de autonomie. Substitutieprojecten werken in een dergelijk klimaat vaak als olie op het vuur. Samenhang, kwaliteitsbewaking en visie, waarbinnen dergelijke projecten zouden moeten worden opgezet, zijn ver zoek. Het lijkt er soms op dat substitutieprojecten alleen worden gezien als een mogelijkheid het territorium en het budget te vergroten.

Daarmee ontbrak voor het psychogeriatrisch team een aantal structurele randvoorwaarden waarop vooraf wel was gerekend. Wij zijn nog steeds van mening dat vergaande samenwerking op stadsdeelniveau een goede methode is om de psychogeriatrische problematiek efficiënt aan te pakken. Het kan beter, zelfs met de huidige materiële en personele middelen, indien iedereen bereid is (of gedwongen wordt?) tot het opgeven van een autonoom beleid en werkelijk gaat functioneren als onderdeel van een circuit waarbinnen iedereen zijn verantwoordelijkheid kent; waarbinnen de taakverdeling zodanig is dat het circuit sluit en waarbinnen een evenwichtige verhouding tussen zorgaanbod en zorgvraag bestaat. Er moeten functionele verbanden komen in overzichtelijke verzorgingsgebieden. Investeren zonder eerst de samenhang te regelen is niet zinvol.

Zo moeten we ons de vraag stellen welke zorgbehoefte we in de thuissituatie wensen op te vangen en welke naar het intramurale circuit gaat. De lange wachtlijsten, met de inflatie van urgentieverklaringen, zijn uit den boze: ieder verzorgingsgebied dient optimaal gebruik te maken van zijn beschikbare bedden en dat kan zonder lange wachtlijsten.

Wie stelt de indicatie voor een verpleeghuis en op grond waarvan? De huisarts, de geriater, de RIAGG arts, de verpleeghuisarts, zij kunnen allen afzonderlijk of gezamenlijk adviseren aan de indicatiecommissie, maar uiteindelijk kan het AWBZ-verbindingskantoor naar eigen inzicht handelen. En indien verzorgingshuizen in toenemende mate



bewoners met psychogeriatrische problematiek zelf willen huisvesten, is daar meer voor nodig dan geld, verkregen via een substitutieproject.

En tenslotte: wat is de taak van de verpleeghuisarts buiten de muren van het verpleeghuis?

#### **Literatuur:**

1. Gezondheidsraad. Advies inzake psychogeriatrische ziektebeelden: in het bijzonder dementie, depressie en delirium. Den Haag 1988.
2. Nota Beter Gezond. Gemeente Den Haag, 1989.
3. Gottfries CG, Brane G, Steen G. A New Rating Scale for Dementia Syndromes. *Gerontology* 1982; 28 (suppl.2): 20-31.
4. Arie THD. Organisation of Services for the Elderly: Implications for Education and Patient Care: Experience in Nottingham. In: Bergener M. (ed.) *Geropsychiatric Diagnostics and Treatment*. Springer: New York, 1983.

---

\* De SIVIS-hulpindex wordt berekend uit de validiteitscore en heeft een bereik van 0 (volledig zelfstandig) tot 12 (volledig hulpbeoëvend).

# Waar gaat de eerste-hulp naar toe?

---

*P.H. van Putten*

Steeds meer mensen spoeden zich na een ongelukje naar de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis. In 55-75% van de gevallen wordt de eigen huisarts daarbij gepasseerd. Dat is om uiteenlopende redenen onwenselijk. Zouden huisartsen een eigen EHBO-post moeten bemannen, compleet met röntgen-apparaat? Of moet er een huisarts worden gestationeerd op de eerste-hulp van het ziekenhuis? Bij nadere beschouwing slechte oplossingen. Misschien werkt een financiële drempel. Pleidooi voor een 'eerste-hulp-geeltje'.

Al geruime tijd woedt de discussie onder hulpverleners en financiers over het oneigenlijk gebruik van de eerste-hulpafdeling van het algemene ziekenhuis. 55-75% van de bezoekers van eerste-hulpafdelingen doet dit zonder tussenkomst van de huisarts, terwijl in 50-60% van deze 'nood'-situaties de huisarts adequaat hulp had kunnen bieden (1)(2). Engelenburg sprak zelfs over een LAT-relatie tussen huisartsen en eerste-hulp (3). De huisarts heeft volgens het basistakenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging een eerste-hulpfunctie vooral bij de acute, lichte traumata (4).

In de praktijk blijkt de aanwezigheid van eerste-hulpvoorzieningen van ziekenhuizen in de directe omgeving een belangrijke bepalende factor voor de toe- of afname van het raadplegen van de huisarts (1). In dit artikel wil ik, naar aanleiding van de *verderop* in het bulletin besproken uitkomsten in het huisartspeilstationsysteem over privé-ongevallen die de huisarts ter behandeling krijgt, een bijdrage leveren aan deze discussie (5). Daarbij wil ik vooral reageren op het voorstel van Elzinga om tot een EHBO-post bemand door huisartsen te komen, zoals hij dat in zijn artikel 'Eerste-hulp verzekerd?' in Medisch Contact deed (6).

## *Vergelijking poli-gegevens*

Met de gegevens uit het huisartspeilstation over de aard van de letsels kunnen we een vergelijking maken met de landelijke PORS-registratie \* (7). De letsels van patiënten die de huisarts consulteren en van hen die rechtstreeks naar de polikliniek gaan

---

*Over de auteur*

*P.H. van Putten is huisarts in Zoetermeer*

laten qua soort een overeenkomstige verdeling zien: voornamelijk wonden (schaaf-, snij- en open wonden), daarna kneuzingen, distorsies en fracturen (figuur 1). Het aandeel distorsies en fracturen is op de polikliniek wat groter. Zoals we ook al uit de peilstationregistratie begrepen verwijst de huisarts voornamelijk de (vermoedelijke) fracturen door. Dit is terug te vinden in de meest rechtse staafdiagram. Wonden maken hier slechts 10% van het aanbod uit.

### Voor wonden naar huisarts

Opvallend in de peilstationregistratie was het grote aandeel door de huisarts behandelde wonden in Zoetermeer en Wassenaar, de gebieden zonder of, sinds kort, een ziekenhuis. Het is voorstelbaar dat patiënten met kneuzingen en distorsies eerder naar een ziekenhuis gaan, omdat ze verwachten dat een röntgenfoto gemaakt moet worden. De langere reistijd nemen ze voor lief. Voor de behandeling van schaaft-, snij- en open wonden kiest men gemakkelijker de huisarts wanneer deze in de buurt is en als men weet dat de huisarts 'dit doet'.

De Zoetermeerse patiënten die in de eerste helft van 1989 door het ziekenhuis naar de huisarts 'terug'-verwezen werden, kwamen vooral voor behandeling van kleine snijwonden. Het aandeel consultaties bij de Zoetermeerse huisartsen voor wondbehandeling bleef in het peilstationsysteem gedurende 1989 en

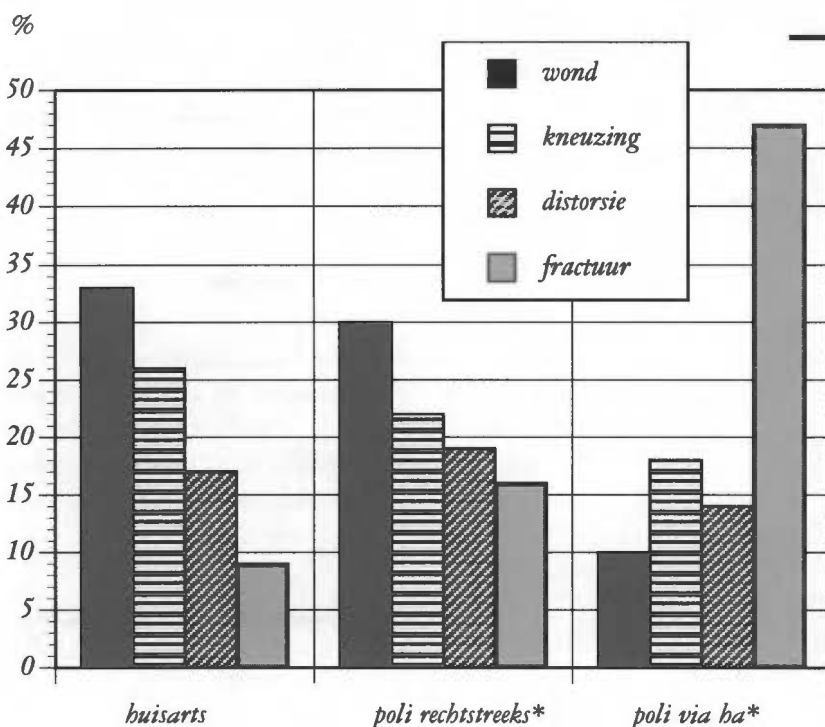
1990 vrijwel gelijk (40 en 43%). Het patroon van de andere gemeenten, het passeren van de huisarts bij allerhande wonden, werd niet overgenomen.

### Landelijke aandacht

De afnemende hulpvraag bij de huisarts in minder ernstige ongevalsituaties heeft ook landelijke aandacht. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid kwam medio 1990 met de discussienota 'Spoedeisende medische hulp' (8). Daarin werden maatregelen voorgesteld de genoemde patiëntenstroom om te buigen richting huisarts. Onder andere uitgebreide voorlichtingscampagnes aan het publiek en een goede organisatie van de waarneming van de huisarts in een regio zouden dit moeten bewerkstelligen.

Als commentaar op deze nota deed Elzinga in Medisch Contact het voorstel in elke waarneemregio een EHBO-post te organiseren, bemand door de huisarts en eventueel aangevuld met paramedisch personeel. In deze situatie is de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis alleen op verwijzing bereikbaar (7).

Het bemannen van een EHBO-post door huisartsen is geen nieuw idee. Een aantal jaren geleden, toen Zoetermeer nog geen ziekenhuis rijk was, lieten de Zoetermeerse huisartsen op verzoek van het gemeentebestuur hun gedachten hierover gaan. Op dat moment werd het evenwel niet zinvol geacht.



figuur 1

privé-ongevallen naar aard  
letsel en behandelaar.  
Peilstation regio Den Haag  
1989-1990

\* Bron: Privé-ongevallen  
registratiesysteem, Stichting  
Consument en Veiligheid

Voordat we hierop ingaan eerst de vraag: 'Waarom willen we de eerste-hulp bij de huisarts houden?'

### *Waarom bij de huisarts?*

Het verliezen van deze functie brengt een verdere afbrokkeling van de poortwachtersfunctie van de huisarts met zich mee. Vooral in de grote steden wordt meer en meer duidelijk dat de eerste-hulpafdeling ook frequenter wordt bezocht voor andere

### *Een EHBO-post met huisartsen?*

Willen huisartsen op een EHBO-post kunnen concurreren met een eerste-hulpvoorziening in een ziekenhuis dan moet de post uitgerust zijn met een röntgenapparaat. Anders gaan patiënten toch naar het ziekenhuis als ze verwachten dat een röntgenfoto nodig is. Dit zal vooral spelen bij enkeldistorsies en kneuzingen om een fractuur uit te sluiten. Bezetting van een röntgenapparaat op een EHBO-post is financieel vrijwel niet haalbaar.

### *foto 1*



*eerste hulp, steeds vaker bezocht voor kleine ongelukken*

(niet-traumatische) acute pathologie, die evenzo goed door de huisarts behandeld had kunnen worden. Patiënten komen hierdoor onnodig in een hoger (specialistischer) medisch echelon terecht. Wanneer de drempelverhoogd wordt voor lichte traumatologie zal de presentatie van niet-traumatische acute aandoeningen daarmee ook worden afgeremd.

Een tweede argument is dat de huisarts een continu zorg geeft. Een medisch-technisch contact in het kader van een ongeval kan een vertrouwensband doen ontstaan waardoor een patiënt bij moeilijke problemen gemakkelijker de hulp van de huisarts inroept (te denken valt aan relatieproblemen, mishandeling, seksuele mishandeling). De meeste adolescenten komen alleen in aanraking met een arts in geval van een ongeval (5).

En tenslotte uiteraard het kostenverhogende effect dat verder geen uitleg nodig heeft.

Tijdens mijn avond- en nachtdienst, van 17.00 - 8.00 uur, zie ik op 100.000 Zoetermeerders niet iedere keer een acuut (privé-)ongeval. Ook uit het peilstationonderzoek komen geen hoge cijfers: 3094 consulten voor een privé-ongeval in zo'n 40 praktijken betekent nog niet één consult per dag per praktijk. Dit is te weinig om een goed geoutilleerde EHBO-post met huisartsen te bemannen. Terugsturen van patiënten, die zonder verwijzing bij het ziekenhuis aankloppen, lukt ook niet zoals in Zoetermeer is gebleken (2).

### *Huisartsen in het ziekenhuis?*

Een alternatief zou zijn: inkwartieren van een huisarts op de eerste-hulpafdeling van het ziekenhuis. Dit geeft ook problemen. Er kan een competentiestrijd ontstaan; als een huisarts een fractuur mist gaat dat ook ten koste van de naam van het zieken-

huis. Kostenbesparend zal het ook niet werken: de aanwezigheid van meer diagnostische mogelijkheden leidt ook tot meer gebruik.

Het grootste bezwaar tegen een huisarts, gestationeerd op de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis, is dat er een inloopsprekkuur ontstaat voor patiënten die geen tijd hebben voor, of naar hun zin te lang moeten wachten op, een afspraak bij hun huisarts.

### *Neen, een financiële drempel*

De beste oplossing lijkt mij toch het opwerpen van een financiële drempel voor het bezoeken van een eerste-hulpafdeling zonder verwijzing. Ik heb de indruk dat het momenteel zelfs aantrekkelijker is voor particulier verzekerden om rechtstreeks naar de eerste-hulpafdeling te gaan als ze een nog niet verbruikt eigen risico hebben. Als dit traject via een verwijzing van de huisarts loopt kost hen dat zowel het consult van de huisarts als dat van de eerste-hulpafdeling. Ook in de avonduren, als huisartsen dubbeltarief mogen berekenen, is een bezoek aan een eerste-hulpafdeling vaak nog goedkoper. Voor een ziekenfondsverzekerde kan het vervoer extra kosten met zich meebrengen als hij eerst langs de huisarts gaat. Volledige vergoeding van de EHBO-kosten van de huisarts en een eigen risico, van bijvoorbeeld f25,-, voor bezoek aan de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis zou naar mijn mening een goede optie zijn.

Elzinga betwijfelt of een financiële drempel werkt. Ik denk dat nog bewezen moet worden dat het niet werkt. Een eigen risico bij ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren had wel effect op de medische consumptie (kamerlid Lansink). Elzinga is bang voor herverzekering van het risico. Met medewerking van de verzekeraars moet dit te voorkómen zijn: als het bedrag laag is, is een verzekering niet lonend. Voorwaarde is uiteraard dat de huisarts voor een goede bereikbaarheid zorg draagt. Dit alles ondersteund met een goede voorlichtingscampagne. Het 'terugstuurbeleid' van het Lange Land ziekenhuis in Zoetermeer was in zoverre effectief dat patiënten nog steeds de huisarts bellen met de vraag of ze rechtstreeks naar het ziekenhuis mogen.

### *06-11-nummer*

Overigens heeft het landelijk ingevoerde 06-11 nummer, voor vervoer van spoedgevallen, ook een

negatief effect op het binnen de eerste-lijn houden van ongevallen. Als een ambulance bij een ongeval wordt geroepen, dat goed door de huisarts behandeld kan worden, is het voor de patiënt toch aantrekkelijker om naar het ziekenhuis te worden vervoerd in verband met de vergoeding van de rit. Daarnaast geraakt de mogelijkheid om naar de huisarts te gaan bij een ongeval op de achtergrond door de intensieve maar weinig genuanceerde reclamecampagne voor het 06-11- nummer.

\* *In de PORS-registratie (privé-ongevallen registratiesysteem) van de Stichting Consument en Veiligheid wordt met behulp van een steekproef van ziekenhuizen informatie verzameld over privé-ongevallen die op de polikliniek ter behandeling worden aangeboden.*

### *Literatuur:*

1. Burger I, Putten PH van. Consult i.v.m. privé-ongeval. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 2: 4-7.
2. Sixma H. EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lange Land ziekenhuis. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, januari 1990.
3. Engelenburg JL. De LAT-relatie tussen huisarts en EHBO: medische hulpverlening buiten kantooruren. *Med Contact* 1988; 43 nr 1: 17-8.
4. Basistakenpakket van de huisarts. Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht 1987.
5. Burger I, Putten P.H. van. Behandeling van privé-ongevallen door de huisarts. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr 3: 23-26.
6. Elzinga T. Eerste-hulp: verzekerd? Een reactie op de discussienota 'Spoedeisende medische hulp' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Med Contact* 1990; 45 nr 36: 1049-51.
7. Tabellen. Stichting Consument en Veiligheid. Amsterdam 1989-1990.
8. Discussienota spoedeisende medische hulp. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer 1990.

# 'Den Haag Gezond: van pleidooi naar programma'

W.J. Vroege

Vrijdag 7 juni jl. werd in de Haagse raadszaal het symposium 'Den Haag Gezond: van pleidooi naar programma' gehouden. De organisatie was in handen van de Dienst Welzijn (sector GGD) en vond plaats in het kader van 'Healthy Cities'.

Volgens de wethouder voor volksgezondheid, de heer D. Ramlal moet de titel van het symposium gezien worden als een opdracht om te werken aan de gezondheid van de stad en haar bewoners. Dat is niet alleen een opdracht voor de gemeente. Ziekenfondsen, instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn, huisartsen, maar ook opbouwwerkers en wijkbewoners hebben er mee te maken. De sprekers op het symposium schetsten een aantal voorbeelden van die betrokkenheid: wat overheid, organisaties en burgers kunnen doen om Den Haag gezonder te maken.

## *Kwaliteitsbewaking*

De heer D. Kaasjager, directeur Algemene Gezondheidszorg van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, betoogde dat de rol voor grote gemeenten vooral komt te liggen in het bewaken van de kwaliteit van zorg. Staatssecretaris Simons ziet geen plannings- en financieringstaak

meer voor gemeenten. Dit zal in de toekomst een zaak worden voor de zorgverzekeraars en de aanbieders van zorg.

## *Sociale vernieuwing*

De wethouder wil die kwaliteitsbewakende rol van de gemeente 'maximaal invullen'. Volgens hem gaat het daarbij primair om het bewaken van de ondergrens van zorgkwaliteit. Anders gezegd: er mogen in het nieuwe zorgstelsel geen mensen 'uit de boot vallen'. Hij zag een relatie met sociale vernieuwing. Ook hier beoogt men dat mensen in achterstands-situaties 'erbij blijven'.

De wethouder herinnerde aan eerder onderzoek van de GGD waaruit was gebleken dat mensen in oude centrumwijken van de stad gemiddeld een vijf jaar geringere levensverwachting hebben dan inwoners uit andere wijken. Daar iets aan doen is een duidelijke politieke opdracht.

In het werkboek sociale vernieuwing zijn twintig sociale vernieuwingsprojecten beschreven, waarvan zeven op het terrein van gezondheidszorg en gezondheidsbevordering (1).

## *Gezondheidsbevordering*

Naast de gezondheidszorg is voor de kwaliteit van onze gezondheid de gezondheidsbevordering van groot belang. De gemeente zal de komende jaren veel aandacht schenken aan het voorkómen dat mensen ziek worden en aan het bevorderen van gezonde situaties, bijvoorbeeld op het punt van 'gezond leven' in de wijken. Daarbij zal ook worden

*Over de auteur*

W.J. Vroege, hoofd vakgroep Omgevingsgezondheid, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag



gekeken naar onderwerpen als wonen, verkeer, ruimtelijke ordening, milieu enz.

Ir. M. Haas sprak onder andere over de gezondheidseffecten van bepaalde manieren van bouwen en het gebruik van materialen in de volkshuisvesting. Zijn conclusie is dat er veel gezondheidseffecten zijn waarmee nog geen rekening wordt gehouden. In het gezondheidsbeleid moet hieraan meer aandacht worden besteed. Bouwen of wonen en welzijn of gezondheid hebben meer met elkaar te maken dan hetgeen we in de (gescheiden) praktijken van alledag tegenkomen.

### *Nota 'Beter Gezond'*

In het gemeentelijke gezondheidsactieprogramma 'Beter Gezond', is deze nieuwe aandacht voor volksgezondheid terug te vinden (2). De wethouder kondigde tien nieuwe actiepunten aan. Deze zijn inmiddels door de gemeenteraad aangenomen. Ze hebben onder andere betrekking op gezondheidsfacetbeleid, publieksgerichte gezondheidsinformatie, schoolgezondheidszorg, versterking van de eerstelijnszorg in oudere stadswijken, onderzoek naar de gezondheidssituatie (met name gericht op een differentiatie van sterfteverschillen naar doodsoorzaak) en gezondheidsvoorlichting aan migranten.

### *Manifest*

De wethouder kondigde ook aan, dit jaar te zullen komen met een 'Manifest voor de volksgezondheid' in Den Haag. Hierin zal het recht van de bevolking op gezondheid worden beschreven. Ook zal het Manifest ingaan op de vraag, hoe dat recht op gezondheid kan worden waargemaakt. Wat gemeente, instellingen en bewoners samen kunnen en moeten doen.

Naast rechten zal het Manifest ook plichten beschrijven: in regels vastgelegde maar ook morele verplichtingen om voor onze gezondheid te zorgen, de gezonde stad te bevorderen. De verantwoordelijkheid van de burger staat centraal.

### *Bewoners er bij betrekken*

Bij de zorg voor kwaliteit en de gezondheidsbevordering moet volgens de wethouder de bevolking nauw worden betrokken. Het gaat om hun

gezondheidssituatie. Daarbij komt ook de vraag om de hoek kijken hoe wijkbewoners hun gezondheid beleven, bijvoorbeeld in samenhang met de kwaliteit van de woonomgeving.

Bewoners kunnen zelf veel doen op het gebied van welzijn en gezondheid, zo betoogde op het symposium de heer P. Willems, oud-opbouwwerker in Den Bosch. Een goed voorbeeld hiervan is het gezondheidscentrum 'Samen Beter' in Den Bosch-Oost.

De gedachte van een - ook voor de gezondheidssector noodzakelijke - 'public-private-people-partnership', werd op het symposium benadrukt door J. van der Kamp, directeur van de basisgezondheidsdienst Zuidwest-Friesland en voormalig coördinator 'Netwerk Gezonde Steden' in Nederland.

### *Wijkgezondheidsbeleid*

Wethouder Ramlal kondigde aan dat de gemeente zal doorgaan met de ontwikkeling van het wijkgezondheidsbeleid, samen met bewoners. De eerste resultaten van een wijkgezondheidsproject in Scheveningen zijn onlangs in de raadscommissie voor Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg besproken.

*W.J. Vroege, GGD Den Haag  
Hoofd vakgroep Omgevingsgezondheid  
tel. 070 - 361 94 32*

### *Literatuur:*

1. Werkboek sociale vernieuwing: derde cirkel. Eerste editie. Ambtelijke coördinatiegroep sociale vernieuwing Dienst Welzijn. Den Haag, mei 1991.
2. Actieklapper Beter Gezond. Dienst Welzijn. Den Haag, mei 1991.

# Samenwerkingsverband Seksueel Geweld Den Haag

*M. Groefsema en R. Verlaan*

'Gemiddeld één op de zeven vrouwen heeft ervaring met seksueel misbruik door verwanten en één op de drie meisjes beneden de 16 jaar is wel eens seksueel misbruikt door verwanten of anderen' (1). Ook seksueel misbruik van jongens en mannen komt momenteel meer onder de aandacht (2).

Seksueel geweld is een onderwerp waar diverse instanties mee te maken kunnen krijgen. Zo heeft een slachtoffer van seksueel geweld al snel met verscheidene disciplines (geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg, politie en eventueel justitie) en met verschillende echelons in de hulpverlening te maken. Dit vraagt om afstemming (3). De deskundigheid van hulpverleners kan door uitwisseling van ervaringen belangrijk worden vergroot. Sedert september 1990 kent Den Haag, voorlopig voor de duur van twee jaar, een Samenwerkingsverband Seksueel Geweld. 31 hulp- en dienstverlenende instellingen, die zorg dragen voor de preventie, opvang en hulpverlening van (slachtoffers van) seksueel geweld, zijn hierin vertegenwoordigd. Het samenwerkingsverband beschikt over twee coördinatoren.

Met deze organisatiestructuur beoogt men de kwaliteit van de hulpverlening bij en de preventie van seksueel geweld te verbeteren. Om een goede hulpverlening te garanderen is het nodig dat er voldoende specialistische hulp voorhanden is en iedere medewerk(st)er van de relevante instellingen en beroepsgroepen in staat is seksueel geweld in hulpvragen te signaleren en bespreekbaar te maken. De medische beroepsgroepen (huisartsen, specialisten) kunnen een belangrijke rol vervullen in het signaleren van (seksueel) geweld, vooral in relatie- en gezinsverband. Hiertoe is het nodig dat de arts open kan staan voor de problematiek en weet welke specifieke mogelijkheden aan opvang en hulpverlening voorhanden zijn.

Het samenwerkingsverband verleent zelf als zodanig geen hulp, maar geeft in nauw overleg met de instellingen en beroepsgroepen aanzetten om te komen tot een optimale hulpverlening bij seksueel geweld.

## *Werkgroepen*

De deelnemers aan het samenwerkingsverband komen plenair twee à drie keer per jaar bijeen. Het intensieve themagerichte werk wordt daarnaast gedaan in werkgroepverband. Zo zijn onder andere de volgende werkgroepen gevormd:

- een werkgroep 'preventie en voorlichting' (onder andere wordt een signalen-routekaart ontwikkeld voor acuut seksueel misbruik bij kinderen);
- een werkgroep 'psychiatrie en seksueel geweld' (uitbreiding van de deskundigheid zowel wat betreft

### *Over de auteurs*

*Mw. M. Groefsema, psycholoog, coördinator, werkzaam bij de GGD Den Haag en Mw. R. Verlaan, coördinator, werkzaam bij de Stichting Vrouwen tegen Seksueel Geweld.*

## Seksueel geweld

de uitvoering als de signalering);  
- een werkgroep 'zwarte en migrantenvrouwen'.

Specifiek op het gebied van incest zijn gericht:

- een 'beleidsmatig incestteam', waar gevallen van incest worden besproken die zijn ingebracht door het Bureau Vertrouwensarts en de politie;
- een werkgroep 'moeders in incest-situaties';
- een werkgroep 'incestverwerkingsgroepen' voor uitbreiding van groepshulpverlening aan volwassen vrouwen.

Naast het organiseren van de plenaire vergaderingen en het ondersteunen van de werkgroepen heeft de coördinatie nog een aantal specifieke taken. Zo draagt ze er zorg voor dat er begin 1992 een sociale kaart, inzake seksueel geweld, verschijnt voor verwijzers binnen de gemeente Den Haag.

Verder geeft ze vier maal per jaar een Nieuwsbrief\* uit waarin de ontwikkelingen binnen het samenwerkingsverband en de deelnemende instellingen aan bod komen evenals het bijscholingsaanbod op het gebied van hulpverlening na seksueel geweld. Meer informatie over het samenwerkingsverband is te vinden in het jaarverslag cq. werkplan dat vanaf september bij de coördinatie kan worden opgevraagd.

\* De Nieuwsbrief is bestemd voor deelnemers aan het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld. Voor anderen is het, zolang de voorraad strekt, op aanvraag verkrijgbaar.

Samenwerkingsverband Seksueel Geweld  
Thorbeckelaan 360  
2564 BZ Den Haag  
Mw. M. Groefsema: 070 - 361 93 35 (ma/wol/do)  
Mw. R. Verlaan : 070 - 361 50 15 (ma t/m do)  
Secretariaat : 070 - 361 93 34

## Literatuur:

1. Draijer N. Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag, 1988.
2. Nicolai N. Seksueel misbruik en psychiatrische stoornissen. M Geest Volksgezondh 1990; 45 nr 9: 908-23.
3. Meinen A. Beter werken door samenwerken. Stichting Tegen Seksueel Geweld. Utrecht 1989.

# Behandeling van privé-ongevallen door de huisarts

---

I. Burger en P.H. van Putten

Zoetermeer kreeg begin 1988 een 'eigen' ziekenhuis. Een aardige gelegenheid om te zien of een 'terugstuurbeleid' van eerste-hulp in het ziekenhuis naar de huisarts in voorkomende gevallen zoden aan de dijk zou zetten. Het mislukte; patiënten pikten het niet en de directie moest haar beleid herzien.

**'Terechtwijzen' van de patiënt werkt evenmin.**

Voor het tweede achtereenvolgende jaar zijn door de huisartsen in het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag gegevens verzameld over het onderwerp 'consult met betrekking tot privé-ongeval' (1). Uitgesloten zijn accidenten die tijdens de beroepsuitoefening of bij deelname aan het verkeer plaatsvonden \*. Alleen de eerste consulten na een ongeval zijn geregistreerd.

Achtereenvolgens gaan we in op de aard van het letsel waarvoor de huisarts is geraadpleegd, het patient-delay (tijd tussen voorval en behandeling),

het verwijzen en het consulteren van de huisarts buiten het reguliere spreekuur. De cijfers uit 1989 en 1990 presenteren we gezamenlijk.

## *Verskil tussen 1989 en 1990*

In 1990 werden in de 44 deelnemende praktijken 2.375 consulten na een privé-ongeval genoteerd. Dit aantal ligt aanmerkelijk lager dan de 3.094 consulten die gedurende 1989 over 43 praktijken werden opgegeven.

Gedeeltelijk kan deze daling worden verklaard doordat de registratie in ongunstige zin is beïnvloed door een circulaire die in juli 1990 werd verzonden. In de brief is melding gedaan van de beëindiging van het systeem met ingang van 1 januari 1991. De motivatie voor de registratiewerkzaamheden heeft hieronder geleden. Het aantal opgegeven consulten in de tweede helft van 1990 lag 12% lager dan in de eerste helft van dat jaar. Dit neemt niet weg dat over 1989 en 1990 in totaal gegevens over 5469 privé-ongevallen zijn verzameld. Een schat aan informatie, die meer inzicht kan vertrekken over de privé-ongevallen die de huisarts ter behandeling krijgt.

## *Aard letsel*

In tabel 1 worden de belangrijkste verwondingen, waarvoor de huisarts in het kader van een privé-ongeval wordt geconsulteerd, weergegeven. In

---

*Over de auteurs*

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag en P.H. van Putten, huisarts in Zoetermeer

tabel 1 Plaats letsel en verwijzing

privé-ongevallen naar aard letsel.  
Peilstation regio Den Haag, 1989-1990

Aard letsel	abs.	%
Kneuzing	1.790	33
Schaaf- snij en open wonden	1.424	26
Distorsie	927	17
Fractuur	481	9
Brandwond	255	5
Splinter	116	2
Spierscheur	71	1
Beet	66	1
Luxatie	48	1
Overige	97	2
Combinaties	77	1
Onbekend	117	2
<b>Totaal</b>	<b>5.469</b>	<b>100</b>

volgorde van omvang treffen we kneuzingen, wonden (schaaf-, snij-, en open wonden), distorsies en fracturen aan.

De gemeenten onderling laten verschillende cijfers zien (figuur 1). In Den Haag, Rijswijk en Leidschendam zijn het voornamelijk kneuzingen die de huisarts ziet. Huisartsen in Zoetermeer en Wassenaar behandelen in 40% van de letsels wonden (schaaf- snij-, en open wonden). In deze gemeenten wordt de eerste-hulpverzorging door de huisarts van wonden blijkbaar intensiever gedaan.

Het relatieve vóórkomen van de voornaamste letsels naar leeftijd en geslacht is weergegeven in figuur 2. Wonden ziet de huisarts voornamelijk bij 0-19-jarigen, bij jongens vaker dan bij meisjes. Onder 80-plussers zien we weer een duidelijke toename.

De kneuzingen tonen een gelijksoortige verdeling; vooral jongeren en hoog-bejaarden. De allerjongste leeftijdsgroep (0-9 jaar) doet minder uitgesproken mee.

Distorsies diagnostiseert de huisarts vooral onder adolescenten. De intensievere sportactiviteit van jongeren zal hiervoor verantwoordelijk zijn.

Tenslotte toont de leeftijdsverdeling van patiënten met fracturen dat het voornamelijk hoogbejaarden zijn die voor dergelijke letsels de huisarts bezoeken.

Schaaf-, snij- en open wonden worden voornamelijk aangetroffen aan de handen en op het gezicht. De handen en voeten, inclusief de pols en de enkel, blijken voornamelijk gekneusd of gebroken te zijn. De distorsies worden uiteraard vooral aangetroffen aan de enkel en de voet.

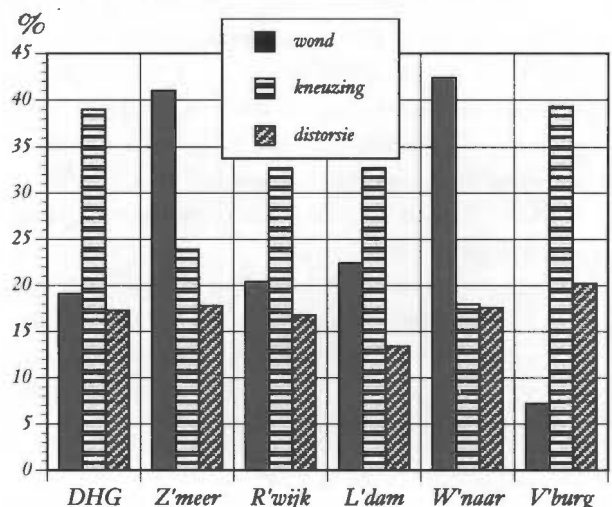
Voor het overgrote deel blijkt de behandeling van de huisarts toereikend. Slechts 18% van de patiënten wordt na het bezoek aan de huisarts doorverwezen. Wonden verzorgt de huisarts voornamelijk zelf (94%). Bij 14% van de kneuzingen en distorsies roept de huisarts de hulp van de tweede-lijn in. De diagnostiek en behandeling van fracturen maakt in 80% van deze kwetsuren een verwijzing nodig.

### Patiënt-dokter interval

40% van de patiënten consulteert de huisarts binnen acht uur en 34% doet dit binnen 24 uur na het ongeval. Vooral bij kneuzingen (48%) en distorsies (41%) is het patient-delay langer dan een etmaal. 2.178 patiënten (40%) bezoeken de huisarts buiten het reguliere spreekuur. Voor deze patiënten heeft de hulpvraag een spoedeisend karakter. Maar uit figuur 3 blijkt dat de wens, snel geholpen te worden niet altijd wil zeggen dat de patiënt zich ook snel tot de huisarts wendt. Ook met een patient-delay langer dan 24 uur wordt huisartsenhulp met 'spoed' gevraagd (11%). Dit zijn vooral kneuzingen en

figuur 1

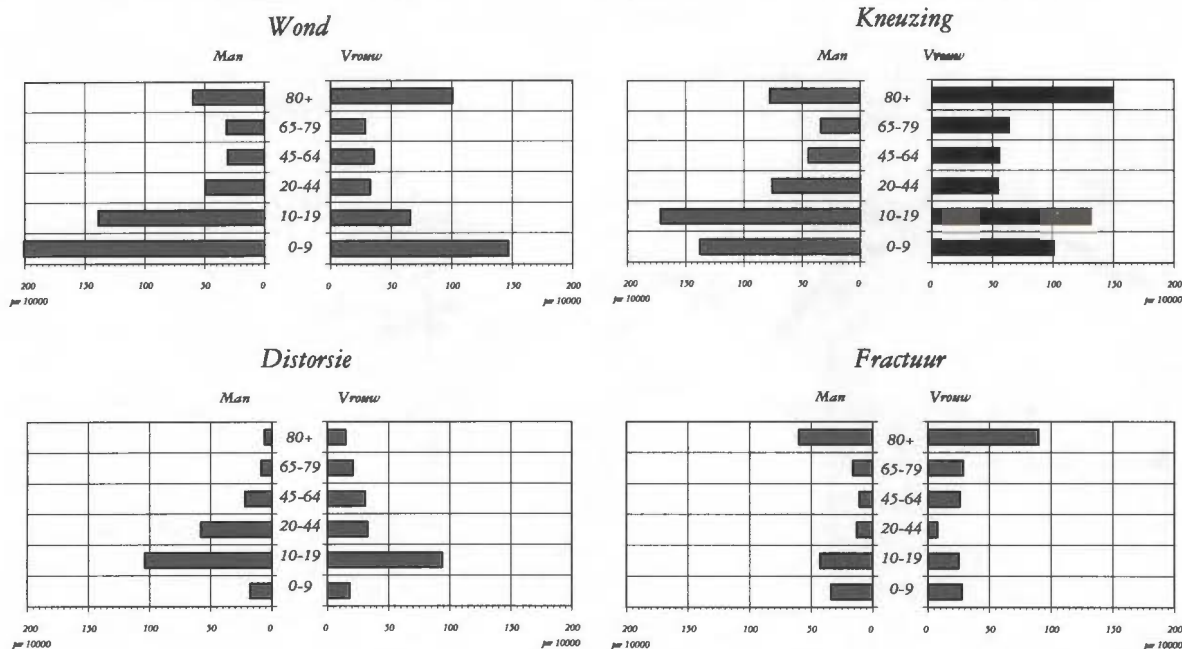
privé-ongevallen naar letsel en gemeente.  
Peilstation regio Den Haag, 1989-1990





figuur 2

privé-ongevallen naar aard letsel, per geslacht en leeftijdsgroep. Peilstation regio Den Haag, 1989 - 1990



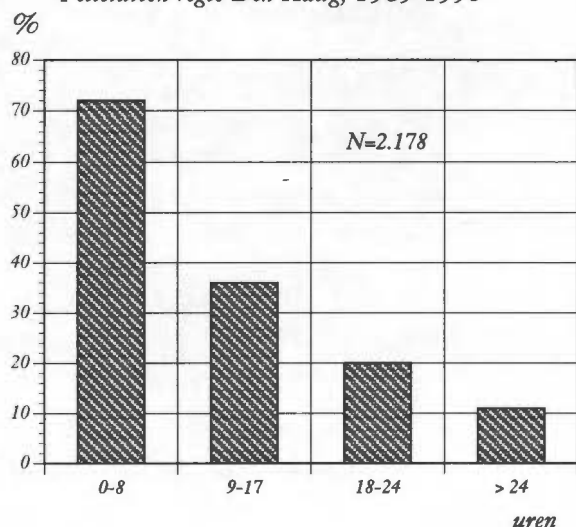
De tellergegevens zijn gebaseerd op de bevolkingscijfers van de gemeenten. Deze zijn niet gecorrigeerd voor de afwezigheid van de huisarts, waardoor de uitkomsten per leeftijdscategorie iets ondergewaardeerd kunnen zijn. Onderling zijn de uitkomsten vergelijkbaar.

distorsies (60%), maar ook snij- schaaf- en open wonden (14%) en fracturen (10%).

Bij 11% van de patiënten die langer dan 24 uur wachten was dit naar de mening van de huisarts schadelijk (bijvoorbeeld een wond die te 'oud' is en daardoor niet meer gehecht kan worden).

figuur 3

patiënt-delay van patiënten die 'tussendoor' komen n.a.v. een privé-ongeval.  
Peilstation regio Den Haag, 1989-1990



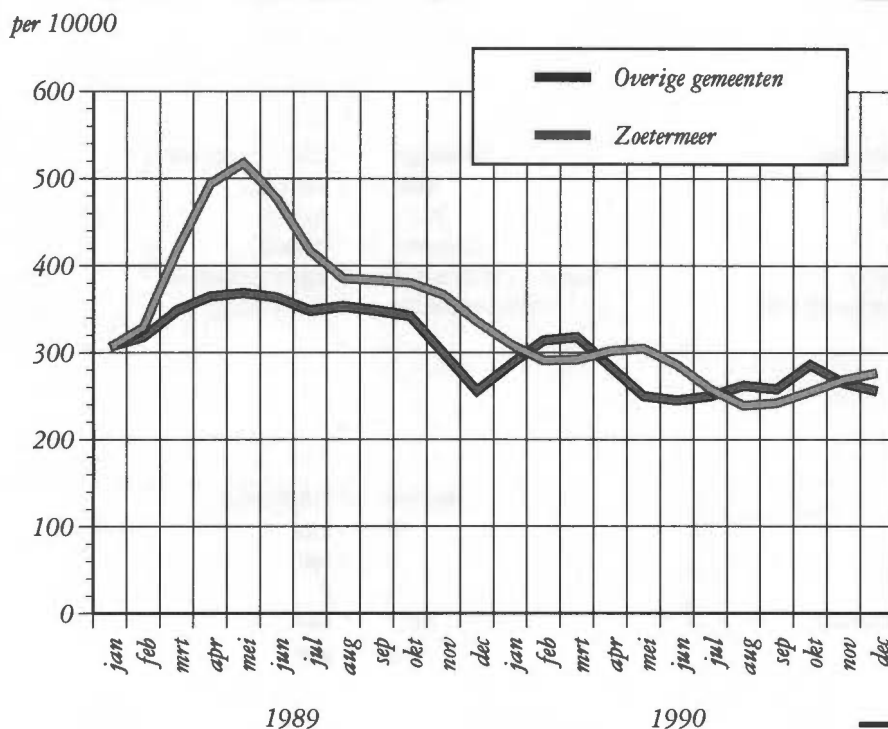
### Zoetermeer

Mede op initiatief van de Zoetermeerse huisartsen was het onderwerp 'consult met betrekking tot privé-ongeval' opgenomen in het registratiesysteem. In deze gemeente deed zich een bijzondere situatie voor. Op 5 april 1988 had het Lange Land ziekenhuis zijn poorten geopend: de bewoners van Zoetermeer kregen een 'eigen' ziekenhuis. De Zoetermeerse huisartsen wilden een verschuiving van hun cliëntèle richting het ziekenhuis voorkómen. Afspraken met het ziekenhuis zorgden ervoor dat patiënten, die net zo goed behandeld konden worden door de huisarts, naar hen werden terugverwezen. Via een voorlichtingscampagne werden de Zoetermeeders ingelicht over dit 'terugstuurbeleid'. Het resultaat was beperkt en van korte duur.

Patiënten die naar de huisarts werden 'door' verwezen ervaarden dit zo negatief dat onder druk van de 'patiënten'-opinie de directie van het Lange Land ziekenhuis medio 1989 besloot haar koers te wijzigen (2). Men behandelde nu alle patiënten die op de EHBO-post van het ziekenhuis verschenen. Alleen werden mensen 'terechtgewezen' wanneer ze zonder verwijzing voor lichte traumatologie aanklopten. Deze beleidsverandering van het ziekenhuis zien we



figuur 4



privé-ongevallen \* in Zoetermeer en overige gemeenten. Peilstation regio Den Haag, 1989-1990

\* per 10.000 voortschrijdend gemiddelde

terug in figuur 4. Voor Zoetermeer is vanaf medio 1989 een duidelijke en consistente daling van de door huisartsen behandelde privé-ongevallen waar te nemen. Een gemakkelijk toegankelijk aanbod, een drempelloos 24-uurs-consultatiepunt oefent blijkbaar ook bij deze categorie klachten zuigkracht uit. Mensen neigen ertoe de minder toegankelijke voorziening van de huisarts te passeren en de anonimiteit van het ziekenhuis te zoeken.

Een goed voorbeeld van hoe een nastrevenswaardige eerstelijnsvoorziening in onbruik dreigt te geraken. Auteur Van Putten gaat in zijn artikel 'Waar gaat de eerste-hulp naar toe?' eerder in dit nummer uitgebreid in op deze materie.

#### Literatuur:

1. Burger I, Putten PH van. Consult i.v.m. privé-ongeval. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr 2: 4-7.
2. Sixma H. EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lange Land ziekenhuis. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, januari 1990.

\* Conform de definitie van het privé-ongevallen registratiesysteem (PORS) van de Stichting Consument en Veiligheid.

In het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag verzamelden huisartsen in de periode 1984-1990 epidemiologische gegevens over ziektebeelden en gebeurtenissen. In 1990 hebben 55 huisartsen deelgenomen (44 praktijken). Voor Den Haag namen 29 huisartsen deel, voor Leidschendam 3, voor Rijswijk 7, voor Voorburg 4, voor Wassenaar 3 en voor Zoetermeer 9. 13-31% van de bevolking in de deelnemende gemeenten was in het peilstation vertegenwoordigd. Bij de samenstelling van de groep huisartsen is ernaar gestreefd de gezamenlijke praktijkpopulaties voor iedere gemeente representatief te laten zijn voor leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.

# Suïcidaal gedrag

W.J. Schudel

Registratie van suïcides en parasuïcides in Den Haag en randgemeenten over de laatste zeven jaar laat zien dat het aantal gevallen van (poging tot) zelfdoding fors is gedaald. Ook is duidelijk dat de huisarts nauwelijks in staat is te interveniëren. Analyse van de cijfers wijst uit dat de dokter die gelegenheid gemiddeld eens in de negen jaar heeft. Dan nog is het de vraag of de huisarts verband kan zien tussen de depressiviteit en een dreigende suïcide.

De registratie van suïcides en parasuïcides is in 1990 voor het zevende en laatste jaar opgenomen in het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag\*.

Naast het streven de ware incidentie van suïcidaal gedrag zo dicht mogelijk te benaderen, wordt tevens getracht trendmatige veranderingen te ontdekken. Dit laatste geldt vooral de niet-letale gedragingen, waarop in veel grotere mate demografische en socio-culturele variabelen van invloed lijken te zijn (1). Overigens is van oudsher de registratie van suïcide in Den Haag door de samenwerking met onder andere de politie en de GGD zeer nauwkeurig geweest.

## Aantallen en incidenties

In 1990 zijn 51 gevallen van parasuïcide en 14 suïcides opgegeven door de 44 in het systeem deelnemende huisartspraktijken in de regio Den Haag (uitgesplitst naar Den Haag en randgemeenten was dit respectievelijk 37 en 8, en 14 en 6).

Tabel 1 laat zien dat jaarlijks ongeveer één op de

tabel 1

suïcidaal gedrag, per 100.000 per jaar. Peilstation regio Den Haag 1988-1990

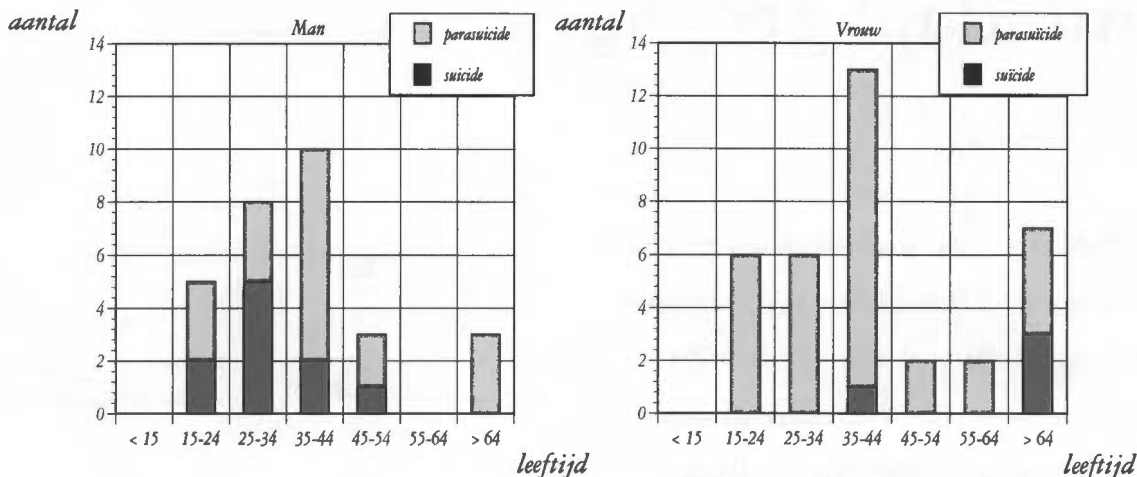
	Den Haag			Randgemeenten			Totaal regio
	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1990
Parasuïcide	120	106	86	63	61	35	61
Suïcide	14	4	19	15	12	15	17
Suïcidaal gedrag	134	111	105	78	72	50	78

Over de auteur

Prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam

figuur 1

suïcidaal gedrag naar parasuicide en suicide per geslacht en leeftijdsgroep. Peilstation regio Den Haag 1990



twaalf- à dertienhonderd groot-Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Op basis van deze gegevens zou een huisarts eens in de drie jaar geconfronteerd worden met een suicide in zijn (of haar) praktijk, terwijl parasuicide gemiddeld één- à tweemaal per jaar ter kennis van de huisarts komt.

stratiesystemen. Dit geldt met name voor de dalende trend van het parasuïcidale gedrag. Het aantal geregistreerde parasuïcides per bevolkingseenheid is in Den Haag en de randgemeenten in twee jaar tijd respectievelijk circa 30 en 45% gedaald en lijkt zich thans op het lagere niveau te stabiliseren. Het absolute aantal suïcides is evenwel te klein (en door de jaren heen te zeer verschillend) om uitspraken over trendmatige veranderingen te kunnen doen.

**Daling doorgezet**

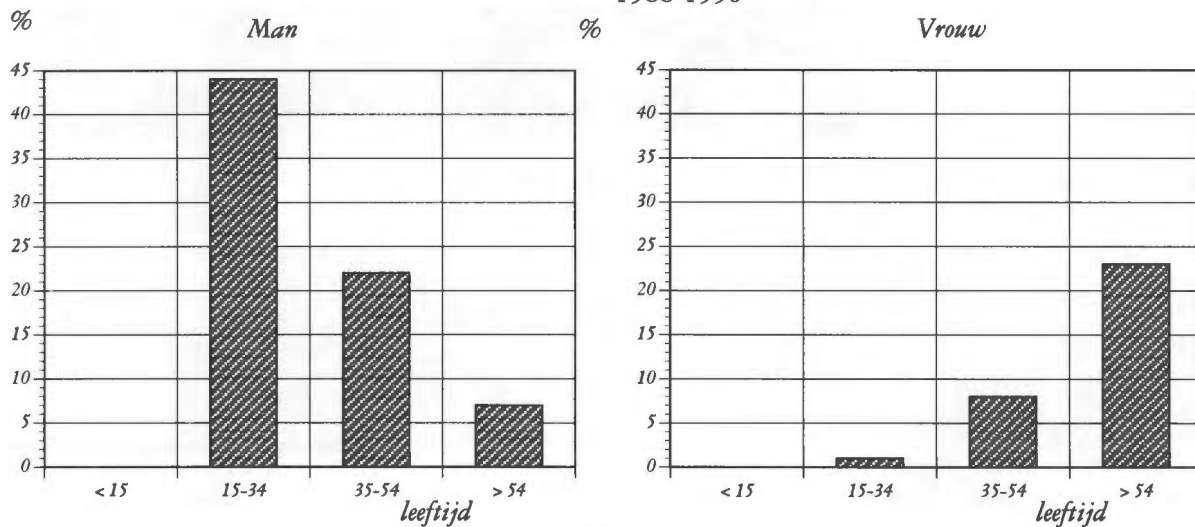
**Minder jonge vrouwen**

Aangezien het peilstationsysteem in 1988 werd uitgebreid met huisartsen uit de randgemeenten, zijn de verkregen gegevens alleen voor de jaren 1988-1990 goed vergelijkbaar. De incidentie van suïcidaal gedrag in de onderzoeksregio is voor het tweede achtereenvolgende jaar gedaald. Deze bevinding is in overeenstemming met voorlopige gegevens uit andere Haagse en landelijke regi-

De verdeling naar leeftijd en geslacht, van suïcides en parasuïcides in het peilstationsysteem is weerge-

figuur 2

percentage van het suïcidaal gedrag met dodelijke afloop naar leeftijd en geslacht. Peilstation regio Den Haag 1988-1990



tabel 2

parasuicide naar wijze van uitvoering\*.  
Peilstation regio Den Haag 1988-1990

Wijze	1988 %	1989 %	1990 %
Medicijnen	75	83	76
Snijwonden	17	8	18
Springen	3	3	6
Verdrinking	1	1	-
Verstikking	-	3	6
Vergif	5	7	-
Alcohol**	9	9	8

\* combinaties mogelijk

\*\* steeds in combinatie

geven in figuur 1. Bij de parasuicides is het tot dusver karakteristieke beeld van een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten in de jongere leeftijdscategorieën niet meer zichtbaar (2). Parasuicide is niet langer bij uitstek gedrag van meisjes en jonge vrouwen.

De parasuicide/suicide-ratio blijft echter bij vrouwen in bijna alle leeftijdscategorieën groter dan bij mannen; dat is een 'normaal' verschijnsel in de statistieken van suïcidaal gedrag. In figuur 2 wordt dit geïllustreerd met behulp van een aggregatie van alle meldingen in ons systeem in de periode 1988-1990. Een hoog suicide-risico, met andere woorden suïcidaal gedrag met dodelijke afloop, zien we relatief vaak bij mannen op jong-volwassen leeftijd. Dit relatieve suïciderisico neemt bij mannen in de loop der jaren af en bij vrouwen juist toe.

Bij jongeren en vooral meisjes en jonge vrouwen is suicide in absolute en relatieve zin zeldzaam, maar dit gegeven signaleerden we reeds eerder (2).

### Veel medicijngebruik

Tabel 2 laat zien dat bij parasuicide bij voortduring in overwegende mate, min of meer consistent, gebruik wordt gemaakt van medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol. In ongeveer de helft van het aantal gevallen werd daarbij gebruik gemaakt van medicijnen die door de huisarts aan de patiënt zelf waren voorgeschreven. In de overige gevallen betrof het aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patent-geneesmiddelen.

### Contact met huisarts

Ruim de helft (58%) van alle betrokkenen had gedurende de laatste twee maanden vóór de (para)suicide contact met de huisarts, maar slechts bij één op de drie van deze gevallen was er tijdens het contact met de huisarts sprake van depressiviteit en/of suïcidaliteit. In tabel 3 zien we dat patiënten die zich later suïcideerden relatief veel minder vaak in die periode contact met de huisarts zochten dan de latere parasuicides ( $p < 0.05$ ). Dit is met het oog op mogelijke preventie een opmerkelijke bevinding. Nogal eens wordt aangenomen dat huisartsen suïcide zouden kunnen voorkómen, indien ze in de laatste weken daarvóór de suïcidaliteit bij hun patiënt hadden onderkend. Onze bevindingen bevestigen de onredelijkheid van een dergelijke bewering. Als er in de gemiddelde huisartspraktijk één suïcide per drie jaar voorkomt en ongeveer één op de drie suïcideplegers gedurende de laatste twee maanden vóór zijn/haar overlijden contact heeft gehad met de huisarts wegens klachten van depressieve aard dan zou een huisarts hoogstens ééns in de negen jaar in de gelegenheid zijn te interveniëren bij een op handen zijnde suïcide. En dan blijft het nog de vraag of de desbetreffende patiënt zich qua depressieve klachten wel onderscheidt van alle andere patiënten. En zelfs dan is het lang niet zeker dat

tabel 3

contact met huisarts voorafgaande aan suïcidaal gedrag. Peilstation regio Den Haag 1990

	géén contact < 9 weken	wel contact < 9 weken	waarvan wegens depressiviteit
Suïcide	9	5	(3)
Parasuicide	18	33	(10)
Suïcidaal gedrag	27	38	(13)

## Suïcidaal gedrag

de huisarts het lot van zijn patiënt daadwerkelijk kan wijzigen.

### Andere hulpverleningscontacten

Uit tabel 4 blijkt, dat in 1990 ongeveer evenveel mannen als vrouwen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis werden behandeld c.q. beoordeeld wegens suïcidaal gedrag. Het eerder in 1989 gesignaleerde verschil, dat we toeschreven aan mogelijk gevaarlijker suïcidaal gedrag bij mannen, is verdwenen (2).

Wel bleek ook in dit registratiejaar dat ongeveer de helft van alle betrokkenen (51%) ten tijde van het suïcidale gedrag onder psychosociale begeleiding stond. De betekenis van dit gegeven blijft vooralsnog onduidelijk.

### Discussie

Het nu afgesloten huisartspeilstationsysteem heeft gedurende zijn looptijd in belangrijke mate bijgedragen aan het inzicht in de epidemiologie van suïcidaal gedrag in de Haagse regio, een studieobject dat reeds door Speyer in de jaren vijftig bij de GGD was opgepakt. Thans lijkt het verantwoord om op basis van de langdurig en op betrouwbare wijze verzamelde gegevens enkele algemene gevolgtrekkingen en opmerkingen te maken.

- Suïcide is en blijft een zeer zeldzaam verschijnsel onder kinderen en adolescenten.
- Epidemiologisch is er nauwelijks verband tussen de verschijnselen parasuïcide en suïcide. We hebben te maken met verschillende populaties: de trendmatige veranderingen van de respectievelijke incidenties vertonen géén correlatie. Dat wil zeggen méér c.q. minder parasuïcides in een periode gaat niet samen met meer c.q. minder suïcides in die periode.
- De suïcidecijfers vertonen van jaar tot jaar frappant weinig variatie. De in de jaren na de Tweede Wereldoorlog ingezette, zeer geleidelijke stijging van het aantal suïcides heeft zich tot omstreeks 1982-1984 voortgezet, waarna een daling optrad. Thans heeft het suïcidecijfer zich min of meer gestabiliseerd op het wat lagere niveau van omstreeks 1975.
- Hoewel in onze longitudinale mortaliteitsanalyse (1952-1987) een duidelijke oversterfte door suïcide in de gemeente Den Haag ten opzichte van geheel Zuid-Holland werd gevonden, kan dit gegeven althans voor de periode 1988-1990 niet

tabel 4

na parasuïcide gezien in ziekenhuis.  
Peilstation regio Den Haag 1990

Behandeling	mannen		vrouwen	
	abs.	(%)	abs.	(%)
Gezien in ziekenhuis	13	(68)	21	(66)
Niet gezien in ziekenhuis	6	(32)	7	(22)
Onbekend			4	(12)
<b>Totaal</b>	<b>19</b>	<b>(100)</b>	<b>32</b>	<b>(100)</b>

door het peilstationsysteem worden bevestigd (3). Wel wordt een consistent en aanzienlijk verschil gevonden in de incidentie van parasuïcide tussen Den Haag en de randgemeenten. Parasuïcidaal gedrag, zoals hierboven aangegeven nu in frequentie duidelijk afnemend, komt in de randgemeenten zelfs maar half zo vaak voor als in Den Haag.

### Tot slot

Op grond van het bovenstaande dienen zich nieuwe en nog onbeantwoorde vragen aan. Raakt parasuïcide inderdaad 'uit' en dan vooral bij jongeren en zo ja, wat is daarvan de oorzaak? Zou het kunnen zijn dat een verminderde aandacht voor het fenomeen in de media de incidentie van parasuïcide beïnvloedt, zoals bij herhaling is aangetoond voor suïcide? Of zou er toch sprake zijn van een preventief effect van diverse voorlichtings- en hulpverleningsactiviteiten? De Rotterdamse GGD geeft in een recente rapportage eveneens een indicatie voor een afname van het vóórkomen van parasuïcide: het aantal ambulance-ritten ten behoeve van suïcidepogingen van Rotterdammers verminderde van 1985 tot 1989 jaarlijks en nam over de hele periode met 28% af (4). En ook voor Rotterdam toont deze indicator niet (meer?) de hoogste incidentie in de leeftijdscategorie tot 35 jaar.

Is er voorts sprake van een grote-stadseffect, dat wil zeggen kan men verwachten dat de epidemiologie van suïcidaal gedrag in Zoetermeer op langere ter-

mijn gelijkenis gaat vertonen met dergelijk gedrag in Den Haag? Vooralsnog zijn er geen aanwijzingen voor een dergelijke ontwikkeling.

Is er dan wellicht een verband tussen het geregistreerde vóórkomen van parasuicide en de nabijheid van een ziekenhuis met een 24-uurs EHBO-functie? Voor het beantwoorden van deze en andere vragen, bijvoorbeeld ten aanzien van de reeds eerder gesignaleerde verschillen in incidentie van suïcide tussen de diverse sociaal-culturele verschillende stadswijken, is meer gericht onderzoek noodzakelijk.

Intussen blijft het uiteraard aangewezen te trachten elke mogelijk afwendbare suïcide te voorkómen en het aantal recidieven van parasuicide te beperken. Daartoe blijft het nodig, ook zonder het huisartspeilstationsysteem, het suïcidaal gedrag in de regio te registreren en te analyseren. Gunstige trends moeten ons niet de ogen doen sluiten, zeker niet zolang we niet weten waarom de geconstateerde veranderingen zich voordoen.

#### Literatuur:

1. Schudel WJ, Peerbolte D. Mortaliteit door suïcide in Den Haag, 1977-1987 (II): vergelijking tussen wijken met een verschillend sociaal-economisch niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 4: 25-8.
2. Schudel WJ. Suïcidaal gedrag. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 2: 19-21.
3. Peerbolte D, Schudel WJ. Mortaliteit door suïcide in Den Haag, 1952-1987 (I). *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 3: 25-31.
4. Claesen MMJ, Wierdsma AI, Vries CF de. Suïcide en suïcidepogingen in Rotterdam. GGD Rotterdam e.o., rapport 89, 1991.

\* Het item is geregistreerd aan de hand van de volgende definitie:

*Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de desbetreffende persoon:*

- *duidelijk de intentie had zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen;*
- *een dergelijk 'suïcidaal' gedrag vertoonde met andere intentie dan om zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.*

*Een parasuicide onderscheidt zich van suïcide uitsluitend in de niet-letale afloop van de handeling.*

*In het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag verzamelden huisartsen in de periode 1984-1990 epidemiologische gegevens over ziektebeelden en gebeurtenissen. In 1990 hebben 55 huisartsen deelgenomen (44 praktijken). Voor Den Haag namen 29 huisartsen deel, voor Leidschendam 3, voor Rijswijk 7, voor Voorburg 4, voor Wassenaar 3 en voor Zoetermeer 9. 13-31% van de bevolking in de deelnemende gemeenten was in het peilstation vertegenwoordigd. Bij de samenstelling van de groep huisartsen is ernaar gestreefd de gezamenlijke praktijkpopulaties voor iedere gemeente representatief te laten zijn voor leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.*



# korte berichten

Onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Evaluatie PreTensieproject

Tussen 1 februari 1988 en 1 juni 1990 is het PreTensie-project uitgevoerd in een twintigtal huisartsenpraktijken in Den Haag, één van de vijf proefgebieden. Doel van het project was na te gaan onder welke voorwaarden huisartsen en GGD'en samen een preventief programma op het gebied van hart- en vaatziekten (HVZ) kunnen uitvoeren. Enkele maanden geleden ontvingen we het proces- en effect-evaluatieverslag van het project. De huisartsen hebben bij 70% van de doelpopulatie de bloeddruk gemeten. Bij een verhoogde bloeddruk werden andere risicofactoren voor HVZ onderzocht en behandeling ingezet. De case-finding-methode, bij bezoek aan de huisarts, lijkt hiervoor geschikt. Wel kunnen vraagtekens worden gezet bij de effectiviteit van deze aanpak: om één hypertensiepatiënt te ontdekken, moeten dertig mensen worden gemeten. Hypertensie lijkt een te smalle ingang voor het opsporen van personen met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten. Het onder controle houden van de opgespoorde risicopatiënten verliep in veel praktijken moeizaam en vraagt om een goed opgezet monitoringsysteem.

Voor de effect-evaluatie heeft een vergelijking plaatsgevonden met een controlegroep. De auteurs

komen tot de conclusie dat, ondanks niet geheel overeenkomstige meetmethoden en -omstandigheden, een daling van 2,5 mm Hg diastolische druk in de interventiegroep een redelijke schatting is van het effect van het gevolgde protocol in het PreTensie-project. Dit zou betekenen dat binnen een huisartsenpopulatie een reductie van ca. 16% in cerebrovasculaire accidenten en ca. 10% in coronaire hartziekten kan worden bereikt bovenop de 'normale' opsporing in de huisartsenpraktijk.

(Drenthen T. Eindrapport proces-evaluatie PreTensieproject. Samenwerkingsproject preventie hart- en vaatziekten. Utrecht, maart 1991 en Moerman CJ, Oostrom MA van, Kromhout D. Effectevaluatie van geprotocolleerde bloeddrukbehandeling door de huisarts. Rapportnr 528 90 60 01. RIVM Utrecht, maart 1991).

### Volwassenen roken meer

Uit een onderzoek van het NIPO in opdracht van de Stichting Volksgezondheid en Roken blijkt dat in 1990 het aantal rokende volwassenen weer is gestegen. Na een lange, regelmatige daling van 60% in 1958 tot 33% in 1989 is vorig jaar het percentage rokers en rooksters gestegen tot 35%. Opvallend is de stijging onder jongeren van 15-24 jaar. Dit zou een gevolg zijn van de toename van de reclame en promotie die de tabaksfabrikanten voor hun produkten maken. Toch is er hoop voor de toekomst. In 1982 rookte nog 12% van de jongeren van 10-

14 jaar; inmiddels is deze groep geslonken tot 7% in 1990.

### Koperhoudende slakken

Onlangs is bekend geworden dat op sommige plaatsen in Nederland koperhoudende slakken zijn toegepast voor gebruik op sportvelden, oefenveldjes enz. Deze slakken zijn geïmporteerd uit Duitsland en kunnen relatief hoge gehalten aan dioxines bevatten. Deze slakken zijn toegepast op een sportpark in Eindhoven en op een sportveld in Voorburg. In Eindhoven is de grond inmiddels afgegraven, terwijl uit preventieve overwegingen het terrein in Voorburg is afgesloten, hangende de resultaten van nader onderzoek. Een voorlopige risico-evaluatie, uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, geeft aan dat de Tolerable Daily Intake bij een groep kinderen mogelijk is overschreden. De mate van overschrijding is evenwel niet zodanig dat klinisch waarneembare effecten zijn te verwachten.

## Actuele informatie

### Vrijwilligers bezoeken ouderen

Eén van de actiepunten uit de gemeentelijke nota 'Beter Gezond' behelst het opzetten van een organisatie van zogeheten 'health visiting' (welzijnsbezoek), gericht op de doelgroep hoogbejaarden. 'Health visitors' zijn niet-professionele, maar wel geschoolde krachten die mensen thuis bezoeken om gezondheidsbedreigende factoren thuis en in de wijk (tijdig) te kunnen signaleren. Onlangs is de evaluatie van een proef, uitgevoerd in enkele Haagse wijken, afgerond en aangeboden aan de wethouder voor volksgezondheid.

Op basis van deze evaluatie zal, in nauw overleg met de betrokken particuliere organisaties, bezien worden op welke wijze het beleid dat gericht is op gezondheidsbescherming van ouderen verder gestalte kan krijgen. In de volgende uitgave van het bulletin wordt een artikel gewijd aan dit onderwerp.

### CES

De gemeente Den Haag heeft uit haar budget voor sociale vernieuwing gedurende een jaar een bedrag van f 150.000 beschikbaar gesteld voor de eerste aanloopkosten van het op te richten Centrum Eerstelijnszorg Schilderswijk (CES).

De problematiek waar hulpverleners in de eerste lijn in deze wijk mee te maken krijgen is zodanig dat dit niet vanuit de eigen vak-kennis alleen kan worden opgelost. Met het centrum hoopt men

de samenwerking in de eerstelijnszorg te stimuleren en te verbeteren. Ook wordt een daadwerkelijke verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg nagestreefd. Inlichtingen: H.G.J. Nijhuis, GGD Den Haag (070 - 361 94 44).

### Symposium verslaving en psychiatrie

Het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat' en Psychiatrisch Centrum Rosenberg organiseren op 14 november 1991 in samenwerking met de Stichting Basisvoorzieningen Drugshulpverlening een symposium 'Grensverkeer tussen psychiatrie en verslavingszorg' in het Congresgebouw.

Het symposium is bedoeld voor vertegenwoordigers uit de gezondheidszorg en maatschappelijke hulpverlening die te maken hebben met de raakvlakken tussen psychiatrie en verslaving.

Het thema wordt vanuit twee invalshoeken belicht:

- psychiatrie in de verslaving en
- verslaving in de psychiatrie.

Inlichtingen secretariaat symposium: Scheveningseweg 90, Den Haag, tel. 070 - 351 43 41/388 89 59.

### Bedrijfsfitheid

Sinds enige tijd is binnen de Dienst Welzijn een werkgroep Bedrijfsfitheid actief. Doel van deze groep is ondersteuning te geven bij de ontwikkeling van bedrijfsfitheid binnen de wat grotere Haagse bedrijven en instellingen.

Bij ondersteuning moet bijvoorbeeld worden gedacht aan advisering over inrichting van de sportruimte en over een goede sportieve programmering. In het eerste jaar zal de aanpak nog

kleinschalig zijn. Op basis van de resultaten zal worden bekeken of en zo ja hoe verbreding kan plaatsvinden.

Zijn er binnen uw organisatie plannen in deze richting? Bel Hans Ploeg, sector Sport en Recreatie van de Dienst Welzijn, tel. 070 - 353 54 62.

## Voorlichting

### Opnieuw een HIV-Bond avond

In samenwerking met de HIV-vereniging Nederland, met name de afdeling Den Haag, heeft de HIV/AIDS-coördinatie van de GGD Den Haag op 12 juni jl. een informatie-avond georganiseerd voor HIV-geïnfecteerden, familie, vrienden en zorgverleners in de brede zin van het woord. De avond trok een groot aantal bezoekers. Aan de orde kwamen onderwerpen als behandelingsmogelijkheden van AIDS in het kader van wetenschappelijk onderzoek, de ethische aspecten hiervan, symptomen van AIDS bij vrouwen en ervaringen van zorgverleners uit ziekenhuizen bij de begeleiding van mensen met AIDS.

De grote belangstelling en waardering voor deze avond is aanleiding om in het najaar wederom een HIV-Bond avond in Den Haag te organiseren (inlichtingen: HIV/AIDS-coördinatie, tel. 070 - 361 92 63).

### Adressengids

In het kader van de nota 'Beter Gezond' van de gemeente Den Haag verscheen in juli jl. een nieuwe adressengids met informatie over patiënten- en gehandicaptenorganisaties in de gezondheidsregio Den Haag (de ge-

meenten Den Haag, Leidschendam, Rijswijk, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer). De gemeente wil hiermee de bekendheid en bereikbaarheid van deze organisaties vergroten.

De adressengids is in eerste instantie bestemd voor hulpverleners in de gezondheidszorg en aanverwante terreinen. Daarnaast is ze bedoeld voor patiënten/cliënten, die op zoek zijn naar lotgenoten waar het gaat om een bepaalde ziekte of aandoening.

De adressengids is gratis verkrijgbaar bij: GGD Den Haag, tel. 070 - 361 92 59.

#### Achterblijven na zelfdoding

De Stichting Korrelatie heeft ruim 600 gesprekken gevoerd met nabestaanden van mensen die suïcide hebben gepleegd. De gevolgen voor deze nabestaanden zijn vaak zeer ingrijpend. Vooral als men in de media aandacht besteedt aan dit onderwerp, ontvangt de Stichting Korrelatie vele reacties. Deze reacties - met behoud van anonimiteit - vormen de basis van de brochure 'Achterblijven na zelfdoding'. De 'achterblijvers' vertellen over hun vruchteloze pogingen om iemand 'hier' te houden en over het enorme verdriet en vooral ook het schuldgevoel als die pogingen mislukt zijn. De Stichting Korrelatie tracht met de uitgave van deze brochure het begrip voor de nabestaanden te vergroten.

De brochure kan worden besteld bij de Stichting Korrelatie te Utrecht door overmaking van f 5,25 op giro 61 76 07, o.v.v. 'Brochure nabestaanden'.

#### Verantwoorde kinderopvang

- Welke vormen van kinderopvang bestaan er?
- Op welke zaken moet een ouder

letten bij een kinderopvangplaats?

- Waar kun je terecht met vragen of klachten?

In een nieuwe folder van het Stedelijk Orgaan GVO krijgen ouders antwoord op deze vragen. De folder is samengesteld door de vakgroep Toezicht op de Kinderopvang, de vakgroep Kinderopvang, de vakgroep GVO van de GGD Den Haag en de Vereniging Beraad Kindercentra regio Den Haag.

De folder kan door Hagenaars en instellingen in Den Haag gratis worden aangevraagd bij de vakgroep GVO, tel. 070 - 361 94 56. Over hetzelfde onderwerp is daar ook een videofilm te lenen.

---

## Aangifte infectieziekten

---

Op pagina 36 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier gebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam, Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gemeente gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave.

De 2 meningitis-patiënten waren een man van 47 jaar en een meisje van 18 jaar. De laatste had een uitgaansgelegenheid in Den Haag bezocht waar ook een bezoeker uit een andere gemeente meningitis had gekregen.

Onder de 104 gonorrhoe-patiënten bevond zich een jongetje van 3 maanden. De meeste patiënten (83) waren in de leeftijdscategorie 20-39 jaar.

Bij de psittacosis-patiënt kon de relatie met vogels alleen in verband worden gebracht met de duiven die de buurvrouw dagelijks op haar balkon voert.

De patiënt met Q-koorts (*coxiella burnetii*) is waarschijnlijk geïnfecteerd tijdens een reis in India. Van de 2 malaria-patiënten verbleef er een in Birma, werd daar behandeld en kreeg thuis opnieuw een aanval (*malaria vivax*). De patiënt nam zijn malaria profylaxe in zoals voorgeschreven.

Het patiëntje (2 jaar) met malaria *falciparum* was op vakantie in Ghana en heeft zijn malaria profylaxe na de reis niet meer gekregen.

De legionella-patiënt verbleef in een Haagse verpleeginrichting. Er werden kweken genomen van het water, bij het uitstroompunt in de kraan en in de boiler. Het uitstroompunt bleek legionella te bevatten. Inmiddels zijn maatregelen genomen om besmetting te voorkómen.

Een rapport met adviezen ter voorkoming van legionella infecties kan aangevraagd worden bij de Gezondheidsraad, tel. 070 - 347 14 41.

---

## Gehoord of Gelezen

---

### Dokters, handen thuis!

Er zijn al veel huisartsenpeilstations in den lande. Huisartsen laten zich steeds meer in de kaart kijken. Zo lasen we dat huisartsen in Groningen e.o. 'bekentenissen' deden over 'sexueel geweld in de huisartsenpraktijk'.

### Bulletin 'Nethart'

De Nederlandse Hartstichting heeft voor personal computergebruikers het bulletinbord 'Nethart' opengesteld. De gebruiker krijgt hierop informatie over hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld over:

- de oorzaken;
- hoe ze behandeld kunnen worden;
- hoe ze te voorkomen zijn;
- tips voor gezonde voeding;
- tips voor vermageren;
- sport en hart- en vaatziekten;
- hoe van het roken af te komen;
- alcohol en hart- en vaatziekten.

Het nummer van de lijn is 030 - 332930. (Nethart, Postbus 19258, 3501 DG Utrecht).

---

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*Mw. H.H. Bruygom;*

*Mw. I. Burger;*

*Mw. N. Goedée;*

*Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);*

*Mw. J.C. Leegsma (GGD, Rijswijk);*

*H.R. Lingen;*

*H.J. Meiburg (Dienst Welzijn);*

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

*W.J. Vroege;*

*K.B. Yap (GGD, Voorburg-Leidschendam);*

*W.A. Zwart Voorspuij.*

---

# Overzicht aangifte infectieziekte regio Den Haag

Aangifte infectieziekten naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

bron	besmettingsweg	ziekte	1991 1e kw	1991 2e kw	1991 3e kw	1991 4e kw	1990 t/m 2e kw	1991 t/m 2e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	8	3			15	11
		morbilli (B)						
		(atyp.) pertussis (B) **	1				14	1
		rubella (B)	1					1
		tuberculosis (B)	24	32			86	56
	sexueel contact	parotitis epidemica (C)		1				1
		gonorrhoea (C)	88	105			211	193
		syfilis prim./sec. (C)	2	4			22	6
	sexueel contact/bloed	syfilis congenita (C)						
		hepatitis B (B)(1)	5				11	5
	faecaal-oraal	HIV-infectie/Aids (1) ***	17	3				117 <sup>o</sup>
		poliomyelitis (A) (2)						
hepatitis A (B) (3)		12	4			22	16	
huid/kleding/bed	dysenteria bacillaris (B) (3)	2	4			7	6	
	scabies (B) (4)	4	2			8	6	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	2	2			2	4
		Q-fever (B) (5)		1				1
	insectebeet	lassakoors e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorrs (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorrs (B)						
		malaria (B)	2	3			9	5
	beet/speeksel	typhus exanthematicus (B)						
		rabies (A)						
	aanraking	pest (A)						
		anthrax (B)						
tularemia (B)								
		brucellosis (B) (5)						
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1	1			2	2
		cholera (B)						
	consumptie	trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	12				39	12
		febris typhoidea (A)	2					2
		paratyfus B (B)						
	contact (water/grond/dier)	botulisme (B) (6)						
		leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		166	165			448	331	

- (A) (B) (C) traditionele categorie-aanduiding  
 \* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis  
 \*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis  
 \*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD  
 (1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten  
 (2) ook aerogene besmetting

- (3) ook besmetting via water/voedsel  
 (4) soms besmetting via beddegoed  
 (5) ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten)  
 (6) ook wondbesmetting  
 ° cumulatief, vanaf de eerste melding