

epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

inhoud

volksgezondheid

Behandeling van AIDS-patiënten in Den Haag

Op bezoek bij hoogbejaarden

epidemiologie

Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem?

Onderwerpen uit het peilstationsysteem regio Den Haag

- problematisch alcoholgebruik
- mishandeling
- terminale thuiszorg

en verder o.a.

Korte berichten

*jaargang 26, 1991
nummer 4*

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

Behandeling AIDS-patiënten in Den Haag 3
- A. Pols

Op bezoek bij hoogbejaarden
Een actie-onderzoek in stadsdeel Escamp 9
- Mw. C. Kersten en Mw. H.E.M. Nolden

Epidemiologie

Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem? 13
- H.G.J. Nijhuis en H.W.A. Struben

Problematisch alcoholgebruik
Naar aanleiding van een registratie in de huisartspraktijk 19
- W.J. Schudel en Mw. H.L. Hoeksema

Mishandeling; opgaven van de huisarts
Bijzondere aandacht voor geweld tegen vrouwen en kinderen 24
- Mw. I. Burger en Mw. M. Groefsema

Terminale thuiszorg door de huisarts 29
- Mw. I. Burger en W.J. Pameijer

Korte berichten 32

December 1991
26ste jaargang nr. 4

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.

Behandeling AIDS-patiënten in Den Haag

A. Pols

AIDS is een bijzondere ziekte en vraagt daarom een bijzondere aanpak. De epidemie concentreert zich vooralsnog in grote steden, zoals in Den Haag. Bovendien is er veel wetenschappelijk onderzoek en is het aantal patiënten dat daarvoor in aanmerking komt relatief klein. Het ziekenhuis Leyenburg heeft nu de status van 'centrum-ziekenhuis'. Wil dat uit de verf komen, dan is goede samenwerking met andere ziekenhuizen en huisartsen een vereiste. Een tussenstand.

'AIDS is zo uniek, omdat er zoveel meer bij komt kijken dan bij andere ziekten', zegt dr. R.H. Kauffmann, als internist verbonden aan het Haagse ziekenhuis Leyenburg en speciaal belast met de behandeling van AIDS-patiënten en HIV-seropositieven. Vanaf november 1988 is hij bezig geweest om het Leyenburg de status van 'centrum-ziekenhuis' te laten verkrijgen. Deze zomer kwam het er van. De komende maanden zal een efficiënte samenwerking op gang moeten komen met de verwijzende huisartsen en de andere ziekenhuizen waar AIDS-patiënten worden behandeld.

De aard van de ziekte maakt het volgens Kauffmann alleszins noodzakelijk ook binnen een ziekenhuis specifieke maatregelen te nemen. 'Om te beginnen is er enorm veel onderzoek naar talloze aspecten van het syndroom, veel meer dan naar andere ziekten waarmee je als internist wordt geconfronteerd. De stroom literatuur en informatie moet binnen een ziekenhuis worden gebundeld. Voor de behandelende specialisten geldt dat je die nieuwe resultaten en inzichten goed in de gaten moet houden.'

'Uitzonderlijk is ook de enorme kennis van de patiënt zelf. Ze vragen je tijdens het spreekuur de kleren van het lijf, maar zijn zelf meestal ook goed op de hoogte van allerlei kwalen die er bij horen. Zo'n consult duurt dan ook veel langer dan gebruikelijk', zegt Kauffmann.

'Als 'nierendokter' had ik ook wel te maken met dialyse-patiënten die heel veel kennis hadden over hun eigen ziekte, maar dat is niet te vergelijken met een AIDS-patiënt. Verder is er het punt van de preventie, waarbij je via het AIDS-platform betrokken bent en waarmee je ook actief bezig bent binnen het ziekenhuis. Evenzeer ongebruikelijk voor een internist is dat je ook sterk gericht bent op de

Over de auteur

A. Pols, redacteur van NRC-handelsblad

extramurale zorg: AIDS-patiënten zijn veelal kortstondig opgenomen, maar hebben wel vaak thuiszorg nodig. Dat moet geregeld worden. Dan zijn er de medicijnen, die in een aantal gevallen met een medische verklaring moeten worden afgegeven. Dat gebeurt in de gewone praktijk zelden. Omdat het nogal dure middelen zijn heb je veelvuldig contact met het ziekenfonds, je voert gesprekken met verzekeraars. Kortom: deze ziekte verhoogt je bewustzijn als arts voor heel wat dingen.”

Eén van de elf

Kauffmann zag zijn eerste AIDS-patiënt in 1985. Sinds die tijd heeft hij er ongeveer honderd behandeld, van wie ruim de helft inmiddels is overleden. Ze kwamen overigens niet allemaal uit Den Haag. Anders dan in Amsterdam, waar zich wat Nederland betreft de haard van de epidemie bevindt, is er in Den Haag geen concentratie geweest in één of twee ziekenhuizen, zoals in Amsterdam het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Slotervaart ziekenhuis, die in vergelijking met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), het VU-ziekenhuis en het Prinsengracht ziekenhuis toch veruit de meeste AIDS-patiënten hebben. Evenmin is er in Den Haag een grote samenstroom van AIDS-patiënten en seropositieven in slechts enkele huisartspraktijken. In Amsterdam staat de helft van alle AIDS-patiënten in de kaartenbakken van slechts vier huisartsen. Wel is het Leyenburg nu één van de elf ziekenhuizen met een centrumfunctie voor AIDS. Naast de academische ziekenhuizen in Groningen, Nijmegen, Leiden, Utrecht, Rotterdam en Maastricht zijn dat alleen het Medisch Spectrum Twente, het Sint Elisabeth ziekenhuis in Tilburg, het OLVG en het Slotervaart ziekenhuis. Het AMC wordt beschouwd als een ‘supercentrum met een landelijke referentiefunctie’.

Voortgangsnotities

In 1987 sprak het gemeentebestuur van Den Haag zich uit voor ‘een gedecentraliseerde klinische behandeling van AIDS-patiënten, waarbij een samenwerking tussen de behandelende specialisten in de regio voor de opbouw van de regionale expertise wordt nagestreefd.’

In de zevende voortgangsnotitie van november 1988 werd die gedecentraliseerde klinische behandeling verder gestalte gegeven: ‘Met name de bestaande

situatie in de regio (er is niet echt sprake van één centrumziekenhuis wat onder meer duidelijk blijkt uit het verwijsgedrag van huisartsen), de keuzevrijheid van de patiënt en de verwachting dat in de toekomst toch bijna elk ziekenhuis in de regio geconfronteerd zal worden met de AIDS-problematiek.’

De staatssecretaris van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur daarentegen wilde in goed overleg met de Nationale Ziekenhuisraad en de provinciebesturen bezien of optredende capaciteitsproblemen kunnen worden opgelost door bij de beddenreductie rekening te houden met bepaalde intramurale instellingen die een concentratiefunctie ten aanzien van AIDS-patiënten vervullen. En verder: het Leyenburg heeft zich met een aantal maatregelen ingesteld op de komst van AIDS-patiënten, onder andere door het concentreren van AIDS-patiënten op één afdeling, het aanwijzen van een internist als coördinator van de AIDS-afdeling en het formeren van een behandelteam.’

In de achtste voortgangsnotitie van december 1989 gaat de gemeente accoord met een voorttrekkersrol van het Leyenburg en volgt ze Gedeputeerde Staten: ‘In het voorontwerp ziekenhuisplan regio ‘s-Gravenhage stelt Gedeputeerde Staten voor in het ziekenhuis Leyenburg de coördinerende centrumfunctie ten behoeve van AIDS- en ARC-patiënten (‘AIDS related complex’, een voorstadium van ‘full blown AIDS’; red.) tot stand te brengen. Volgens Gedeputeerde Staten ligt de keuze voor dit ziekenhuis voor de hand, aangezien er reeds gemeentelijke activiteiten op dit terrein bestaan.

Het voorstel van Gedeputeerde Staten volgt op het advies van de Gezondheidsraad van 1987 dat ‘Zorg voor AIDS-patiënten’ heette en werd opgesteld door de Permanente Commissie AIDS. In dat advies beveelt de commissie aan ‘de behandeling en verpleging van met HIV geïnfecteerde personen te bundelen in enkele goed toegeruste ziekenhuizen’. ‘Nadat in deze centrumziekenhuizen ervaring is opgedaan, kunnen naar behoefte meer ziekenhuizen worden ingeschakeld. De commissie meent dat ieder goed toegerust algemeen ziekenhuis in principe de behandeling en verpleging van met HIV geïnfecteerde patiënten op zich kan nemen.’

Elf ziekenhuizen

De staatssecretaris voltooide de aanwijzing van de elf ziekenhuizen uiteindelijk in juli van het vorig

jaar. Eind van dat jaar werd een richtlijn van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld, die de budgetten van centrumziekenhuizen met 350.000 gulden verruimt. Voor de 'AIDS-unit' van het ziekenhuis is nog een bedrag van ruim 10.000 gulden uitgetrokken.

De Nationale Commissie AIDS-bestrijding (NCAB) gaat ervan uit dat centrumziekenhuizen op een twaalfal punten een 'surplus' moeten hebben boven andere ziekenhuizen. Zo wordt veel belang gehecht aan kennisoverdracht, zowel intern als extern. Dat is daarom zo belangrijk, meent de NCAB, omdat een groot aantal disciplines betrokken kunnen worden bij de behandeling van een AIDS-patiënt. Dat geldt voor de behandeling van opportunistische infecties (waardoor bijvoorbeeld hulp van een longarts, een gastro-enteroloog, een neuroloog, een oogarts of een dermatoloog moet worden ingeroepen), tumoren, neurologische en psychiatrische complicaties. In principe kan elk orgaansysteem worden aangetast of ontregeld door het syndroom. Door een concentratie van AIDS-patiënten neemt relatief ook het gevaar van beroepsinfecties toe. Dat vergt regelmatig interdisciplinair overleg. Communicatie met andere instellingen vanuit een centrumziekenhuis is nodig, omdat de patiënten in een fase van het ziekteproces aangewezen kunnen zijn op dergelijke instellingen. Te denken valt bijvoorbeeld aan verpleeghuizen of instituten voor thuiszorg. Het centrumziekenhuis moet ook werk maken van deskundigheidsbevordering bij eerstelijnsvoorzieningen. Bij de samenwerking en de deskundigheidsbevordering speelt ook het AIDS-platform een belangrijke rol.

Grillig verloop

De NCAB acht het dan ook gewenst dat een deskundige arts 24 uur per dag beschikbaar is voor het geval collega's van buiten het centrumziekenhuis vragen hebben over AIDS. Artsen die buiten het centrumziekenhuis een AIDS-patiënt behandelen moeten, volgens de NCAB, immers snel en gericht advies kunnen inwinnen. Dat geldt ook voor andere hulpverleners.

Daarnaast heeft een centrumziekenhuis ook 'verpleegkundig AIDS-consulenten'. Ze hebben zich bekwaamd in het begeleiden van patiënten met een HIV-infectie en lichten hulpverleners in en buiten het ziekenhuis voor.

AIDS vergt ook voorzieningen voor maatschappelijke, psychosociale en psychiatrische hulp. Ook dat is inherent aan het syndroom, zo meent de commis-

sie, omdat het voor het merendeel homoseksuele mannen en druggebruik(st)ers treft. Het gaat daarbij doorgaans om jonge mensen. Ook het grillige verloop van de ziekte zorgt voor sterke psychische spanningen. Doordat de transmissie van het virus (voorlopig nog) zo zeer tot deze groepen beperkt is bestaat er een gevaar van isolement voor geïnfecteerden en patiënten. Ook het feit dat er nog geen geneesmiddelen bestaan die meer doen dan het leven met enige tijd verlengen vormt een factor voor depressie, wanhoop en suïcidaliteit. Naast somatische aandoeningen bestaat bovendien de kans op psychiatrische stoornissen, zoals 'AIDS related dementia'.

'Op sociaal-psychologisch niveau ontstaat frequent een hernieuwde stigmatisering van de AIDS-patiënt, naast soms sluimerend bestaande stigmatisering tengevolge van homoseksualiteit, druggebruik of prostitutie', aldus de NCAB. Dat alles veroorzaakt een grotere behoefte aan psychosociale en psychiatrische ondersteuning dan voor de gemiddelde chronisch zieke patiënt noodzakelijk is.

De praktijk leert dat ook het personeel, dat AIDS-patiënten verpleegt en verzorgt extra moet worden ondersteund. Psychische en sociale nood kunnen bijvoorbeeld voortkomen uit een sterke identificatie met de veelal jonge patiënt, het niet kunnen accepteren van druggebruik of homoseksualiteit, de ontwikkeling van dementie, verzoeken om euthanasie en angst voor het zelf oplopen van een infectie.

Onderzoek

Hoewel het AMC in Amsterdam een 'super-centrumziekenhuis' is, wordt van de andere centrumziekenhuizen verwacht dat ze deelnemen aan onderzoek. Binnen het AMC is daartoe het Nationaal AIDS Evaluatie Centrum (NATEC) opgericht. Het is de bedoeling dat NATEC onderzoek naar de werkzaamheid van geneesmiddelen initieert en coördineert. Binnen de centrumziekenhuizen moet de wetenschappelijke kwaliteit aanwezig zijn om aan deze 'trials' deel te nemen en valide gegevens te leveren.

Van een centrumziekenhuis wordt ook verwacht dat het over voorzieningen beschikt die het mogelijk maken HIV-lotgenoten met elkaar in contact te brengen. Het centrumziekenhuis zou dat in nauwe samenwerking met de HIV-Vereniging Nederland moeten doen.

Tot de andere eisen in de profielschets van de centrumziekenhuizen behoort de aandacht voor spe-

AIDS-patiënten

cifieke groepen, zoals vrouwen (al dan niet zwanger), hemofilie-patiënten, heteroseksuele mannen en kinderen met AIDS. Omdat het ziekteverloop vaak kortdurend en grillig is, moet het centrumziekenhuis goede contacten hebben met andere (eerstelijns) voorzieningen en verpleeghuizen. Voor die voorzieningen moet het centrumziekenhuis ook een documentaire ondersteuning bieden en mogelijkheden bieden voor na- en bijscholing.

'Jonge klare internist'

Vraag is of de centrumfunctie van het ziekenhuis Leyenburg op korte termijn door huisartsen en specialisten in andere ziekenhuizen zal worden erkend. 'Een aantal patiënten wordt al doorverwezen door het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD). Ook een aantal huisartsen is op de hoogte. Patiënten die eerst in Amsterdam zijn geweest komen ook naar het Leyenburg, omdat ze weten van de banden met het AMC', zegt Kauffmann.

Hij is inmiddels tien uur per week bezig met de behandeling van uitsluitend AIDS-patiënten. Daarnaast is er een 'jonge klare internist', die er twintig uur per week mee doende is. Daarin is niet meegerekend het overleg met andere AIDS-behandelaars, het bespreken van scenario's voor nieuwe 'trials' en deelname aan de wetenschappelijke adviesraad van de NATEC. Het ziekenhuis beschikt inmiddels over drie extra verpleegkundigen, van wie één volledig als AIDS-consulent functioneert. Voor de afdeling worden er nog twee aangetrokken en er is een 'half time' maatschappelijk werker die zich uitsluitend met de AIDS-problematiek bezighoudt. Bovendien is er in het ziekenhuis een speciale AIDS-commissie ingesteld. De verpleegkundigen op de AIDS-afdeling vervullen de 24-uurs informatiedienst. 'Die praten met huisartsen met zeer veel kennis van zaken.'

'We hebben de uitrusting en de expertise. Nu de patiënten nog', zegt Kauffmann. Die patiënten zijn vooral ook nodig voor het Leyenburg om goed mee te kunnen doen met de studies die door NATEC worden opgezet. 'Het Westeinde ziekenhuis heeft een aantal patiënten, Bronovo heeft er een paar en ook het Rode Kruisziekenhuis. Daarmee is samenwerking een vereiste, omdat we dan goed deel kunnen nemen aan die onderzoeken. Zo wordt er nu gestart met een nieuw middel van Boehringer. Samen met Rotterdam, Utrecht, het OLVG, het Slotervaart ziekenhuis en het AMC zouden we nu twintig deelnemers moeten aanbrengen. Er komt

ook een internationale studie waarbij we samenwerken met Italië, Frankrijk, Groot-Brittannië en Australië. Het is echt belangrijk dat we als Haagse ziekenhuizen een flinke inbreng hebben', aldus Kauffmann.

Groei

De staf van het Westeinde ziekenhuis was in het begin van de epidemie wat aarzelend ten aanzien van AIDS. 'We hebben toen afgesproken dat we ze opnemen, maar dat we ons niet zouden profileren met de behandeling', zegt dr. R. Vriesendorp de internist van het Westeinde ziekenhuis, die zich speciaal met AIDS bezighoudt. 'Later hebben we dat standpunt aangepast omdat de toeloop toch groot was. Vanaf 1986 hebben we zestig tot zeventig AIDS-patiënten gehad, van wie er nog twintig in leven zijn.'

'Door de grotere werklast en de speciale problematiek moet je je ook wel aanpassen', zegt F.B. Blog, de dermatoloog van het 'AIDS-team'. 'Globaal duurt een eerste consult met een HIV-geïnfecteerde vier maal zo lang als normaal en de latere bezoeken ongeveer het dubbele. Dan hebben we het niet over de veelvuldige telefonische consulten en de controles.' Het Westeinde ziekenhuis was te laat met het aanvragen van de status van centrumziekenhuis, maar heeft wel de erkenning van 'behandelziekenhuis' gekregen. Daar hoort ook een financiële tegemoetkoming bij. Vergeleken met het ziekenhuis Leyenburg hebben de artsen veel minder ondersteuning. Er is geen aparte maatschappelijk werker, maar er komt nu wel een speciale AIDS-verpleegkundige.

Het Westeinde ziekenhuis heeft een verklaarbare toeloop. 'Mensen kwamen vroeger naar de drempelvrije geslachtsziektenpolikliniek. Die is er in het Leyenburg ook wel, maar die functie is daar sterk teruggelopen. Die patiënten zijn hier vertrouwd en blijven dus komen. De dermatoloog ziet daar al snel signaalsymptomen op de huid. Daarnaast wordt er veel verwezen door tandartsen, kaakchirurgen en huisartsen', zegt Blog.

Het Westeinde ziekenhuis zou volgens plannen in het begin van de jaren zeventig buiten het stadscentrum worden gebouwd. De gemeente hechtte echter sterk aan een ziekenhuis dat centraal zou liggen. 'De gemeente heeft daarbij aangegeven dat venerologie één van de speerpunten van het ziekenhuis zou moeten zijn. Het is dus ook wel logisch dat veel AIDS-patiënten hierheen komen. Die relatie

is duidelijk', zegt Vriesendorp.

De opgenomen AIDS-patiënten liggen in het Westeinde ziekenhuis verspreid over twee etages. 'Maar het lukt goed om ze steeds op één- of tweepersoonskamers te leggen. De vrees voor stigmatisering speelt daarbij een rol. Dat geldt ook voor de polikliniek. Vaak moet het even zo geplooid worden dat de patiënten aan het eind van het spreekuur komen', zegt Blog.

Naast de dermatoloog en de internist is vooral ook de psychiater bij de behandeling betrokken. 'We doen patiënten bij het eerste consult altijd het aanbod om ook nog met de psychiater te praten. De één maakt daar gebruik van, de ander niet', zegt Vriesendorp.

Van een verwachte aanloop van intraveneuze druggebruikers die met HIV zijn geïnfecteerd is in het Westeinde ziekenhuis geen sprake. 'We zien ze wel eens met een overdosis, maar niet met een HIV infectie', aldus Vriesendorp. Hemofilie-patiënten met een infectie zijn er evenmin. 'Dat is ook logisch. Die gaan allemaal naar het Leyenburg wegens de bloedbank die daar zit.'

Het Westeinde ziekenhuis doet wel aan een aantal trials mee, al dan niet in samenwerking met het Leyenburg. 'Er loopt er bijvoorbeeld één bij het Helen Dowling Instituut in Rotterdam voor biopsychosociale geneeskunde. Verder hebben we een aantal patiënten in de ddI-trial. We zijn erg blij dat het Leyenburg die trials wat Den Haag betreft gaat coördineren. Het is erg plezierig samenwerken met Kauffmann. Hij kan ons goed adviseren door zijn wetenschappelijke betrokkenheid bij NATEC. Er zit ook verschikkelijk veel werk aan, waarvoor zij beter zijn geëquipeerd', zegt Vriesendorp.

Algehele malaise

De Haagse huisartsen staan niet bijster te trappelen bij het idee van een centrumziekenhuis, voor zover ze al een keer de diagnose hebben gesteld, meent de voorzitter van de Plaatselijke Huisartsenvereniging, P. van Leeuwen. Hij zag - achteraf beschouwd - 1987 zijn eerste AIDS-patiënt. 'Het was - zeg ik nu - een klassiek beeld van een man met algehele malaise. Hoesten, 38 graden koorts, bleef klachten houden. Ik heb een thorax-foto laten maken en ik heb hem Bactrimel voorgeschreven, wat toevalligerwijs vaak wordt gegeven bij opportunistische infecties. Achteraf - nogmaals - had ik er ook alert op moeten zijn. De man had hepatitis B gehad, lues, een paar maal gonorrhoe en hij knapte niet op.

Ik heb hem naar het Rode Kruis ziekenhuis verwezen, waar AIDS werd vastgesteld. 't Is gek: we waren er allemaal bang voor. Het zou een keer gebeuren en toch was ik er op het goede moment niet op bedacht.' De huisartsen in het Statenkwartier en Scheveningen hebben, zo zegt Van Leeuwen al een bijscholing opgezet en maken daarbij gebruik van een gespecialiseerde huisarts van de Amsterdamse Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD). Van de vijftien tot twintig deelnemende huisartsen heeft de helft een AIDS-patiënt in de praktijk of heeft er één gehad. 'Bij mij zijn er vier overleden, vier in leven en ik heb drie of vier seropositieven, dat is - als ik mijn collega's hoor - relatief veel.'

Van Leeuwen: 'Dat het Leyenburg nu een centrumfunctie heeft zegt me niks. In het Westeinde ziekenhuis is ook een prima know-how, zo is mijn ervaring. Ik kan me voorstellen dat het handig is zo'n centrumziekenhuis te hebben wanneer er trials worden opgezet. Maar het sterk clusteren lijkt me niet goed. Je belast ziekenhuizen er heel sterk mee, dat zie je in Amsterdam.'

Ook met bijzondere aandacht voor AIDS in het algemeen is Van Leeuwen het niet eens. 'AIDS is in feite niet veel anders dan andere ziekten met een infauste prognose. Elk ziekenhuis moet zo iets aankunnen. In het begin wisten we niet wat ons boven het hoofd hing, maar ik denk dat we zo langzamerhand wel een redelijk beeld hebben. In de terminale fase van deze ziekte heeft de patiënt geen bijzondere rechten boven wie dan ook in een dergelijke situatie. Natuurlijk, er zijn wel verschillen. Bij longkanker heeft de patiënt nog een theoretische kans, bij AIDS niet, zover ik weet.'

Volgens Van Leeuwen is er wel wat te doen aan de deskundigheidsbevordering, 'Dat kan altijd beter, maar dit geldt voor zoveel. Bij de behandeling van AIDS is er wel veel in beweging. Vroegtijdig prikken heeft nu - anders dan vroeger - zin, omdat is gebleken dat het snel beginnen met een therapie duidelijk levensverlengend kan zijn. Maar dat is wel een probleem: van de tweehonderd huisartsen in Den Haag heeft de helft denk ik nog nooit een AIDS-patiënt gezien. Het is lastig die collega's te blijven motiveren om zich op de hoogte te houden.'

Vrije keus

Het zou Van Leeuwen te ver gaan elke AIDS-patiënt naar het Leyenburg te verwijzen. 'Ik heb bijvoorbeeld een AIDS-patiënt, die al eerder onder behandeling was van een internist in Bronovo. Ik kan moeilijk

AIDS-patiënten

zeggen: je moet nu naar het Leyenburg, want dat is een centrumziekenhuis voor AIDS. De patiënt heeft gelukkig ook nog een vrije arts- en ziekenhuiskeuze. Ik denk wel dat je het onderzoek in het Leyenburg moet concentreren. Maar het lijkt mij het beste wanneer de patiëntenzorg gespreid blijft.'

Regelmatig publiceert de Geneeskundige Hoofdingpectie, onder andere uitgesplitst naar woonplaats en risico voor besmetting, het aantal nieuw geregistreerde patiënten met AIDS.

Niet bekend is hierbij het aantal personen dat in Haagse ziekenhuizen is gediagnostiseerd of daar onder behandeling is geweest. En niet bekend is hoeveel mensen reeds vroeginterventie ontvangen en nog geen diagnose AIDS hebben. Bovendien is een aantal personen met HIV-besmetting in meer dan één ziekenhuis onder behandeling (geweest). Er bestaat dus geen inzicht in de bedden- en de polikliniekbelasting in de verschillende ziekenhuizen.

Zo blijken de cijfers die de GGD, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne, kent niet overeen te stemmen met de in dit artikel vermelde aantallen behandelde patiënten in het Leyenburg en het Westeinde ziekenhuis. Afspraken over een volledige registratie, zonder dubbeltellingen, zijn van het grootste belang en zullen in de naaste toekomst door de GGD geïnitieerd worden.

Op bezoek bij hoogbejaarden

Een actie-onderzoek in stadsdeel Escamp

C. Kersten en H.E.M. Nolden

'Welzijnsbezoeken'. Dat is een betrekkelijk nieuw begrip. Hulpverlenings- en welzijnsinstellingen in stadsdeel Escamp vormden in 1988 een werkgroep voor het bezoeken van hoogbejaarden. Daarin gesteund door de gemeentelijke nota 'Beter Gezond'. Een kwart blijkt zich geregeld eenzaam tot zeer eenzaam te voelen. Veel bejaarden weten ook niet waar ze voor een beetje sociale contact terecht moeten. Toch blijven de meesten liefst thuis wonen. Met hulp en aandacht kan dat vaak. 'Welzijnsbezoeken' slaat inmiddels aan in de hele stad.

Begin 1988 nam een aantal hulpverlenings- en welzijnsinstellingen in het stadsdeel Escamp het initiatief om een werkgroep op te richten met als thema: eenzaamheidsproblematiek en sociaal isolement bij oudere bewoners. De werkgroep wilde mogelijkheden onderzoeken voor beleidsontwikkeling voor de korte en voor de langere termijn.

Al snel bleek dat er weliswaar al veel materiaal voorhanden was, maar dat er weinig aanknopingspunten lagen voor concreet beleid. Daarom besloot de werkgroep bij de verdere uitwerking van de plannen aan te sluiten bij het gemeentelijke beleid. Zo waren reeds het bevorderen van zelfredzaamheid van hoogbejaarde Hagenaars (verschuiving van curatieve naar preventieve zorg) en het voorkómen van sociaal isolement belangrijke pijlers van het gemeentelijke beleid. In de nota 'Beter Gezond' waren hiertoe al enkele concrete actiepunten opgenomen. Eén daarvan was de oprichting van een organisatie van 'health visitors'* voor de doelgroep hoogbejaarden. Deze 'health visitors' - niet-professionele, maar wel geschoolde krachten - zouden met huisbezoeken gezondheidsbedreigende factoren in thuis- en wijkmilieu vroegtijdig kunnen signaleren.

Over de auteurs

Mw. C. Kersten, preventiefunctaris van RIAGG Zuidhage; als voorzitter van de begeleidingscommissie betrokken geweest bij het project en Mw. H.E.M. Nolden, voormalig staffunctaris van het stedelijk bureau Maatschappelijk Werk Den Haag; is als projectleider/onderzoeker betrokken geweest bij het project.

Draagvlak

Door het initiatief van de werkgroep en door de intensieve samenwerking van de welzijnsinstellingen op het gebied van ouderenzorg in Escamp, heeft de gemeente Den Haag over de uitwerking van het actiepunt 'health visiting' advies gevraagd aan het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp. Deze formaliseerde op zijn beurt de werkgroep met de opdracht een voorstel voor een experiment 'health visiting' te ontwikkelen. De werkgroep stelde een zogenaamd actie-onderzoek voor van welzijnsbezoeken bij alle zelfstandig wonende tachtigplussers in de wijk Morgenstond **. Het project had een belangrijke signalerings- en activeringsfunctie.

Het onderzoeksvoorstel werd zowel door het samenwerkingsverband als door de gemeente Den Haag goedgekeurd. De werkgroep kreeg subsidie, niet alleen van de gemeente Den Haag maar ook van het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp, het Algemeen Maatschappelijk Werk, het Bureau Aanpak Na-oorlogse wijken, de Stichting Ondersteuning Welzijnswerk en het Ouderenwerk 's-Gravenhage. Het ging om een bedrag van in totaal f 130.000,-. Er konden een onderzoeker, een casemanager en een secretaresse voor worden aangesteld.

Opzet

Het huisbezoek bij de zelfstandigwonende tachtigplussers werd afgelegd na een zorgvuldig gekozen benadering en uiteraard met toestemming van de betrokkene. De welzijnsbezoekers waren voor dit doel speciaal aangetrokken, getrainde vrijwilligers. Ze namen een uitgebreide vragenlijst met honderd vragen af, waarbij een veelheid van onderwerpen aan de orde kwam: huisvesting, gezondheid en mobiliteit, financiën, sociale contacten en eenzaamheid, zelfredzaamheid en hulpbehoefte, bekendheid met en gebruik van voorzieningen in de wijk.

Na afloop van het interview bood de welzijnsbezoeker een speciaal hiervoor samengestelde informatiegids aan. Daarin was informatie opgenomen over allerlei voor ouderen interessante diensten, mogelijkheden en voorzieningen. Indien bij de geïnterviewde hoogbejaarde vragen leefden of waren gerezen tijdens het bezoek werd daar, al dan niet met behulp van de informatiegids, op ingegaan. Gaf het welzijnsbezoek

of de aangeboden informatie de betrokkene onvoldoende antwoord op de (hulp)vraag, dan bracht de welzijnsbezoeker de mogelijkheid van het inschakelen van de casemanager - die de welzijnsbezoekers begeleidde - ter sprake. Deze schakelde voor individuele hulpvragen de juiste instantie in en bracht structurele knelpunten en lacunes ter bespreking in op de vergaderingen van de vangnetgroep. (De vangnetgroep bestond uit een brede vertegenwoordiging van dienst- en hulpverlenende instellingen: het Algemeen Maatschappelijk Werk, de RIAGG, een huisarts, de gezinszorg en wijkverpleging, de ouderenconsulent, een woningbouwvereniging en de gemeentelijke sociale dienst).

Resultaten

In de periode mei tot en met december 1990 bezochten 33 welzijnsbezoekers 468 (71%) zelfstandig wonende tachtigjarigen en ouder in Morgenstond. Gemiddeld duurden de welzijnsbezoeken één uur en 45 minuten. In bijna alle gevallen werd na het afnemen van de vragenlijst gezamenlijk (het gebruik van) de informatiegids besproken en konden vragen worden gesteld. In enkele gevallen werd een hulpvraag doorgegeven aan de casemanager. Meestal ging het om uitgebreidere informatie of bemiddeling bij het in contact komen met een andere organisatie.

De vangnetgroep kwam maandelijks bijeen. De besproken knelpunten hadden betrekking op de wijkbus, de maaltijdvoorzieningen, ergotherapie in verband met aanpassingen in huis en de groep niet-bereikte ouderen.

Uiteindelijk is het onderzoeksverslag gepresenteerd aan de gemeente vergezeld van een advies over een stedelijk model 'Welzijnsbezoek'.

In het kader van dit artikel zullen we verder de meest opvallende resultaten bespreken. Voor de totale verslaglegging wordt verwezen naar het onderzoeksrapport ***.

Eenzaamheid en sociaal isolement

Het signaal dat eenzaamheid een veel voorkomend verschijnsel is bij ouderen is door het experiment bevestigd. 25% van de bezochte hoogbejaarden zegt zich regelmatig eenzaam tot zeer eenzaam te voelen (dit percentage komt overeen met hetgeen uit de literatuur bekend is). 10% van de geïnterviewden komt bijna nooit of nooit buiten en 20% is matig of

niet tevreden over het aantal malen dat men buiten komt. 30% krijgt nauwelijks of geen bezoek van familie, burens, vrienden of kennissen (in deze opsomming is overlapping mogelijk). Bovendien is het duidelijk geworden dat 61% zich belemmerd voelt door gezondheidsklachten en dat 36% nooit gehoord heeft van de (contact-)mogelijkheden die de verzorgingshuizen aan de wijkbewoners bieden. Daarom worden in het onderzoeksrapport met name aanbevelingen gedaan ter voorkoming en bestrijding van eenzaamheid en sociaal isolement. Een voorbeeld hiervan is een mogelijkheid die voorziet in de behoefte aan aandacht en gezelschap in de vorm van gezelligheidsbezoeken. Dit zou ingebed moeten zijn in de structuur van de wijk en in het bestaande aanbod van voorzieningen. Veel vrijwilligersorganisaties bieden deze mogelijkheid al. Toch maakt blijkbaar een groot percentage ouderen hier geen gebruik van.

Het onderzoek onderstreept het belang van het kenbaar maken van de mogelijkheid aan ouderen en van het afstemmen en coördineren van het versnipperde aanbod. Dit is een van de duidelijkste voorbeelden waar regieverbetering veel goed kan doen. In de wijk Bouwlust/Vrederust is hiermee door het ouderenwerk al een start gemaakt.

Huisvesting

Een tweede opvallende conclusie betreft de huisvesting. Bijna alle geïnterviewde hoogbejaarden in Escamp geven aan dat ze zelfstandig willen blijven wonen. Helaas worden mogelijkheden om speciale voorzieningen in de woning aan te brengen, die zelfstandig wonen kunnen verlengen (bijvoorbeeld anti-slipmat in bad of douche, aangepast toilet), weinig of niet gebruikt. Ruim een derde van de geïnterviewden wilde in het nagesprek terugkomen op dit onderwerp. In dit gesprek kwamen vooral vragen over de mogelijkheden van aanpassingen in huis en de financiële regelingen hieromtrent aan de orde. Het feit dat 28% van de respondenten aangeeft enigszins of in belangrijke mate moeite te hebben met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) kan bovendien een extra stimulans betekenen om de veiligheid en zelfredzaamheid te bevorderen door middel van enkele hulpmiddelen. Voor de gemeente zou dit een duidelijke aanwijzing kunnen zijn om haar preventiebeleid te richten op dergelijke specifieke voorzieningen en aanpassingen in huis. De vangnetgroep is in de loop van het onderzoek onder andere op dit probleem ingegaan. Er is voorbereidend

onderzoek gepleegd, dat geresulteerd heeft in een voorstel om in de wijk Morgenstond een ergotherapeut in te zetten voor het geven van persoonlijke adviezen en aanwijzingen aan ouderen over aanpassingen voor de ADL in huis.

Nut van de bezoeken

De belangrijkste vraag is uiteraard wat dit experiment van welzijnsbezoeken oplevert voor de desbetreffende doelgroep zelf en welke beleidsmatige conclusies de gemeente en andere instellingen kunnen verbinden aan dit onderzoek (hieraan zal in het volgende nummer van het Epidemiologisch Bulletin een artikel worden gewijd). In de opzet van het onderzoek is bewust gekozen voor praktijkgericht onderzoek, waarin zowel een signalerings- als een activeringsfunctie is ingebouwd. Het signaleren als zodanig heeft resultaten zoals hierboven beschreven opgeleverd. De activering kwam voor de individuele, zelfstandig wonende hoogbejaarde in Escamp vooral in het tweede deel van het welzijnsbezoek tot uiting. Na het interview was er de ruimte om vragen te stellen en om op specifieke onderwerpen uit het interview terug te komen. 80% van de respondenten heeft hiervan gebruik gemaakt. De persoonlijke benadering wierp blijkbaar vruchten af.

Uit het onderzoek resulteerde dat voor een kwart van de geïnterviewden een hulpvraag bij de casemanager terecht kwam en dat het welzijnsbezoek bij 36% van de ouderen voorzien heeft in een behoefte aan (meer) informatie; 21% wilde hulp bij het in contact komen met een voorziening.

Met het bezoek werd de mogelijkheid geboden om informatie en/of hulp te krijgen. De ouderen hebben hier ruimschoots gebruik van gemaakt. Veel latente hulpvragen zijn hierdoor manifest geworden, zodat in een vroegtijdig stadium een antwoord geformuleerd kon worden. Twee derden van de geïnterviewden geeft aan, halfjaarlijks tot jaarlijks bezocht te willen worden en 80% heeft het welzijnsbezoek nuttig gevonden. Met de gegevens uit dit actieonderzoek kunnen instellingen, samenwerkingsverbanden en de gemeente Den Haag beleid formuleren voor de korte en lange termijn, zowel op stadsdeel- als op stedelijk niveau. In het rapport wordt dan ook gepleit voor continuering van de welzijnsbezoeken als een vorm van vroegtijdige signalering waarmee daarnaast daadwerkelijk ingegaan kan worden op individuele hulpvragen en structurele knelpunten.

Vervolg

Het idee van de welzijnsbezoeken slaat aan in de hele stad. Allerlei initiatieven in andere stadsdelen komen van de grond. Dit brengt de noodzaak met zich mee tot afstemming te komen (bijvoorbeeld afspraken over centrale registratie van de onderzoeksgegevens). Het rapport besluit dan ook met een model, dat beschrijft hoe de welzijnsbezoeken voor de stad Den Haag georganiseerd kunnen worden. Het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp adviseert in ieder geval de gemeente om een vervolg te geven aan de welzijnsbezoeken volgens dit model. Het antwoord is nu aan de gemeente.

Literatuur:

- Nota Beter Gezond. Gemeente Den Haag, 1989.
- Ouderen geprofileerd: verslag van een onderzoek naar de leefsituatie van ouderen in twee Haagse gebieden. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- Bosma A. De gezondheid van mensen in de derde levensfase: een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten. GGD Eindhoven, afdeling Preventie en Sociale Psychiatrie, 1988.
- Bouman A, Leene GJF, Linneman MA. Hulpverlening bij eenzaamheid onder hoogbejaarden, Wetenschapswinkel Vrije Universiteit (nr 8807-234). Amsterdam 1988.

** Omdat 'health visiting' in Engeland een beschermde titel is voor een professionele functie vergelijkbaar met de wijkverpleging in Nederland, is deze term in ons land niet goed bruikbaar. Daarom heeft de werkgroep gekozen voor een vertaling van dit begrip, te weten 'welzijnsbezoek'.*

*** Een tweede onderdeel van het voorstel betreffende een project 'verjaardagsbezoek', dat is uitgevoerd in de wijken Rustenboek, Oostbroek en Leyenburg, komt in dit artikel niet aan de orde.*

**** Ouderen bezocht: onderzoeksrapportage van de experimenten welzijnsbezoek en verjaardagsbezoek. Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp, Den Haag 1991.
Te bestellen bij bureau Escamp van het Algemeen Maatschappelijk Werk, 070 - 329 54 01.*

Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem?

Beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal

H.G.J. Nijhuis en H.W.A. Struben

Het aantal gevallen van sterfte aan suikerziekte in Den Haag stijgt sinds 1985 in nagenoeg alle leeftijdsgroepen. Voor de groep tussen 45 en 64 jaar volgt deze stijging op een constant sterftheniveau. Onder ouderen was er voor 1985 zelfs een daling. Deze tendens lijkt typisch voor Den Haag; andere grote steden blijven achter. Is dit verontrustend? Mogelijk laat het fenomeen zich verklaren door een andere wijze van boekhouden of het verhoudingsgewijs grote aantal Hindoestaanse Surinaamse gezinnen in Den Haag.

In de figuren 1 en 2 (zie volgende pagina's) staan sterftecijfers voor diabetes mellites (suikerziekte) voor Den Haag, Amsterdam en Rotterdam samen, en geheel Nederland uitgebeeld. De sterfte wordt voor verschillende leeftijdsgroepen bekeken over verschillende tijdvakken vanaf 1970. Voor mannen en vrouwen zijn aparte figuren gemaakt (1).

De afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD verricht dergelijke analyses van sterftecijfers in Den Haag routinematig met de bedoeling opmerkelijke ontwikkelingen in de volksgezondheid op het spoor te komen. Deze kunnen vervolgens aanleiding vormen voor extra aandacht vanuit de gezondheidszorg. Bekijken we de grafieken wat nader dan zien we een aantal patronen dat inderdaad onze aandacht vraagt.

Bij nagenoeg alle leeftijdsgroepen die in beeld gebracht zijn valt op dat vanaf 1985 van de sterfte aan diabetes mellitus stijgt. Voor de wat jongere leeftijdsgroep van 45-64 jaar volgt deze stijging op een constant sterftheniveau.

Voor de oudere leeftijdsgroepen, met name vanaf 75 jaar, kan vóór 1985 van een daling van de sterfte aan diabetes worden gesproken. Deze patronen zijn voor mannen en vrouwen ongeveer hetzelfde.

Verder valt op dat de sterfte aan diabetes mellitus in de stad Den Haag voor de (jongere) leeftijdsgroepen tot 65 jaar uitkomt boven die van de andere grote steden en Nederland. Dit is in ieder geval evident voor mannen.

In hoeverre - is nu de hamvraag - hebben we hier te maken met een verontrustend signaal?

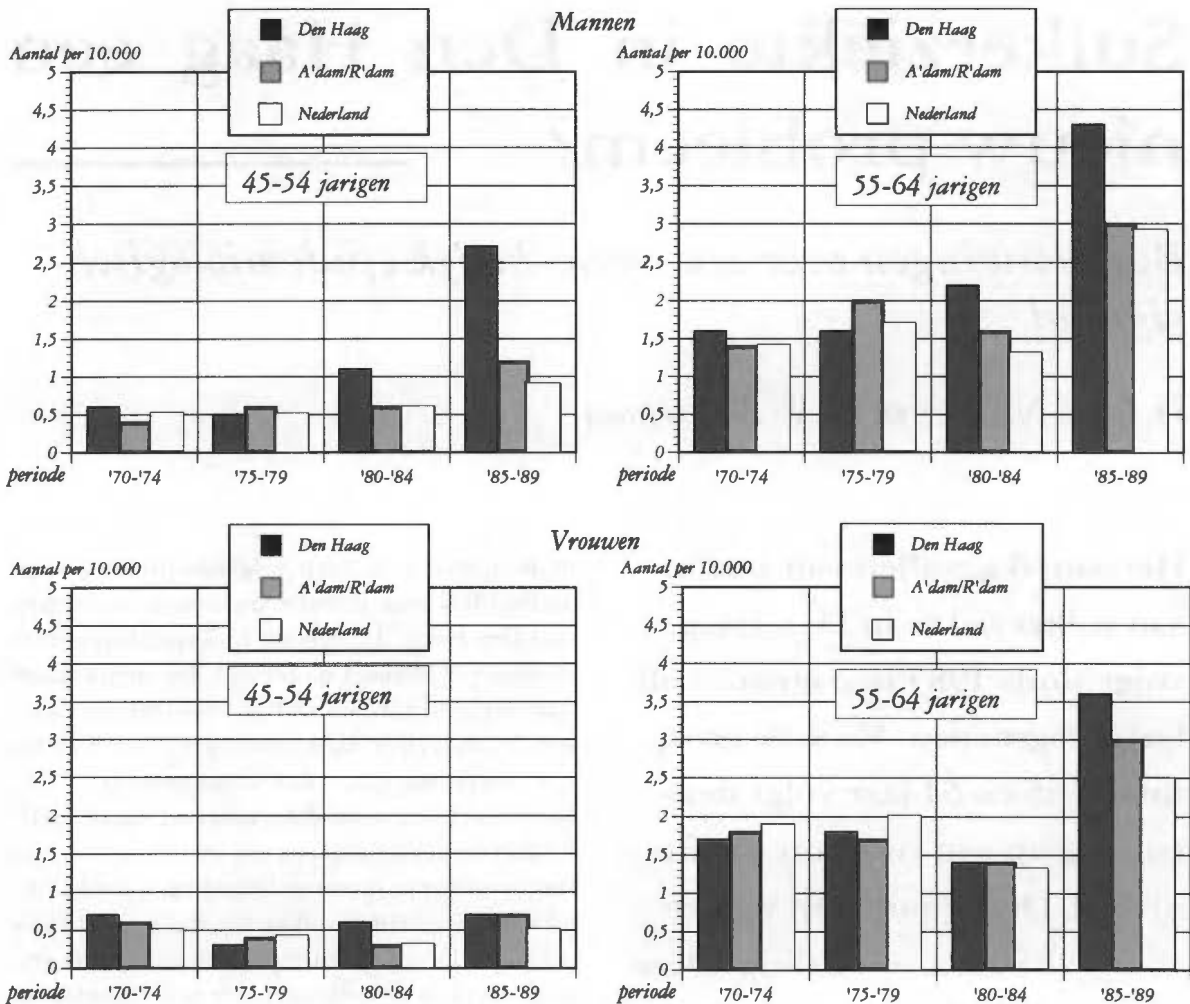
Over de auteurs

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering en Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd van de vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag.

Suikerziekte

sterfte aan diabetes mellitus onder 45-64 jarigen
Den Haag, Amsterdam/Rotterdam en Nederland, 1970-1989

figuur 1



Onze beschouwing hierover is gebaseerd op een summere oriëntatie in de literatuur en consultatie van enkele experts op dit terrein (2)(3)(4) *. We nemen kort een aantal mogelijke verklaringen onder de loep.

Bevolkingsopbouw?

Diabetes mellitus en de sterfte daaraan vormen een toenemend probleem met het stijgen van de leeftijd. Men zou dus kunnen veronderstellen dat de waargenomen toename van de sterfte louter en alleen te wijten is aan de veroudering van de bevolking. Uit de figuren 1 en 2 (en analyses bij nog kleinere leeftijdsgroepen) blijkt evenwel dat een hogere sterfte vanaf 1985 geldt voor alle leeftijdscategorieën. Er kan dus - zo lijkt het althans - wel degelijk worden gesproken van een toegenomen risico om te sterven aan suikerziekte. De verandering in de bevolkingsopbouw alleen is dus niet de verklaring.

Meer diabetes?

Een volgende verklaring zou kunnen luiden dat de ziekte diabetes daadwerkelijk meer vóórkomt onder de bevolking. Er zou sprake kunnen zijn van een grotere instroom van diabetes mellitus type I- en type II-patiënten in het verleden (incidentie). Het daardoor verhoogde vóórkomen zou zich vanaf 1985 kunnen manifesteren in een toegenomen sterfte. Voor een toeneming van het aantal type I- respectievelijk II-patiënten worden, gezien de ontstaanswijze van deze ziektevormen, uiteraard verschillende hypothesen gehoord.

Een type I-toename van de incidentie zou kunnen samenhangen met aandoeningen van de pancreas (virusziekten, auto-immuunziekten, hongerlijden tijdens de Tweede Wereldoorlog en andere crisisperiodes). Zo is in Engeland en Wales recentelijk een 'cohort-effect' gevonden voor de groep die in de crisisjaren (1932-1936) werd geboren (5). Een

soortgelijk effect voor de 'in ondervoeding geboren' kinderen vonden we eveneens voor Nederland. Gezien het brede leeftijdstraject waarover de sterfte is toegenomen vormt een dergelijk cohort-effect geen bevredigende verklaring. Van de overige genoemde oorzaken lijkt het onwaarschijnlijk dat ze verantwoordelijk kunnen zijn voor de vrij abrupte sterftestijging omstreeks 1985.

Type II-stijgingen - zo is bekend - kunnen worden verklaard door een toename van vetzucht onder de bevolking. Een recent onderzoek heeft echter geen aanwijzingen voor een dergelijke toename in Nederland opgeleverd (3).

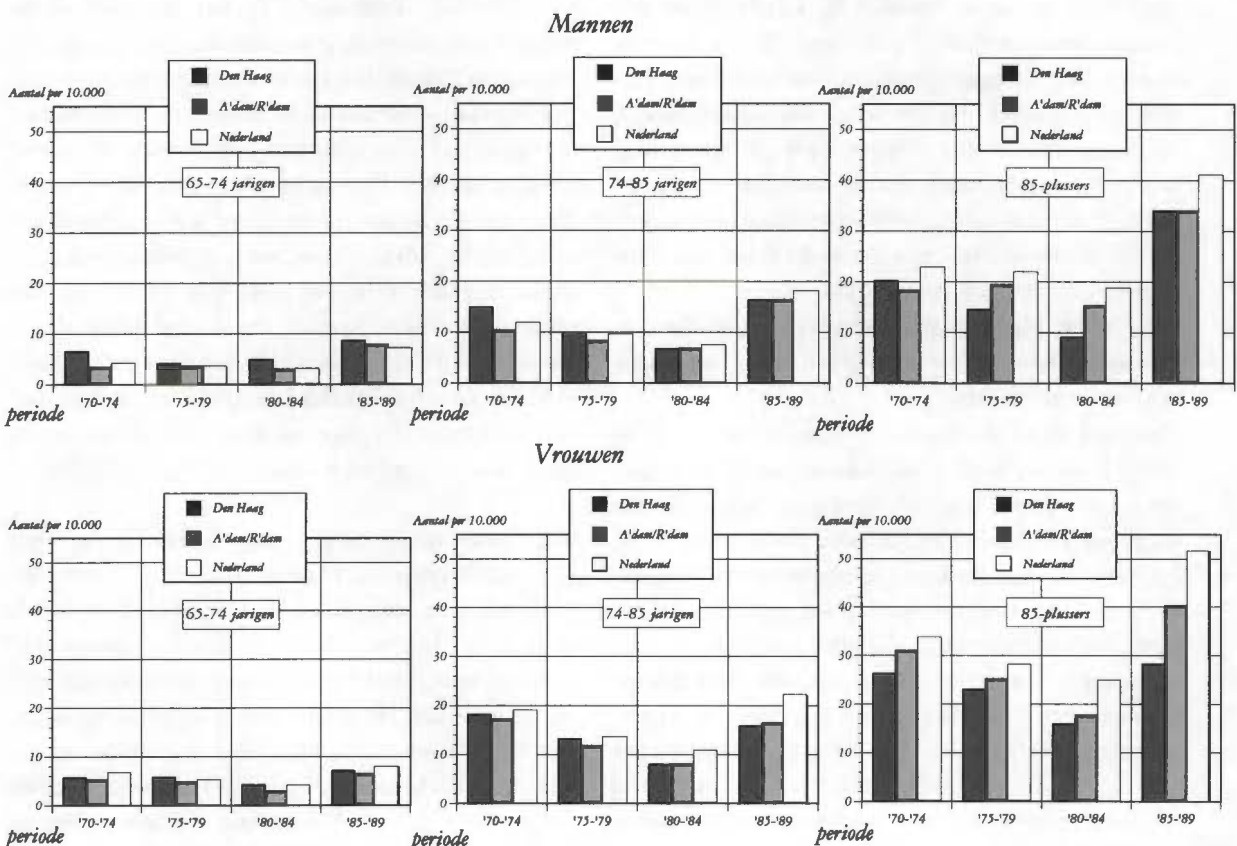
Een eventueel instroom-effect als gevolg van de vestiging van allochtonen lijkt plausibeler. Vanuit Groot-Brittannië is bekend dat onder de mensen die afkomstig zijn uit voormalig Brits-Indië veel meer diabetes mellitus vóórkomt en dat deze ziekte daar ook een belangrijke risicofactor is voor myocardinfarct (6)(7)(8). Ook zegt men dat mensen uit het zuiden van Azië mogelijk vatbaarder zijn voor het

ontwikkelen van insulineresistentie.

Er kunnen ook andere oorzaken, dan een vergrote instroom, zijn van het relatief toegenomen aantal gediagnostiseerde, bestaande gevallen van suikerziekte (prevalentie). Wanneer de uitstroom van patiënten is verminderd door bijvoorbeeld een verlenging van de levensduur van patiënten, ontstaat automatisch een toename van het aantal bestaande gevallen. Zo'n toegenomen prevalentie van gevallen bestaat inderdaad in Nederland en wordt veroorzaakt door een steeds betere geneeskundige behandeling. In figuur 2 is dit zichtbaar in de dalende sterftecijfers voor de oudste leeftijdscategorieën in de periode 1970-1984. De sterfte daalt, de levensduur stijgt en daardoor neemt het aantal bestaande gevallen toe. In de scenariostudies voor chronische ziekten wordt op basis van dit mechanisme een belangrijke toename verwacht van aantallen te behandelen diabetespatiënten (2)(3)(4). De cumulatie van diabetespatiënten over de afgelopen twintig jaren leidt dan op den duur tot het onvermijdbare omslagpunt, waarop voor de verlengde levensduur de tol moet worden betaald. Dat zou dan inzetten in 1985.

figuur 2

sterfte aan diabetes mellitus onder 65-plussers
Den Haag, Amsterdam/Rotterdam en Nederland, 1970-1989



Hogere sterfte-risico van patiënten?

Een volgende verklarende veronderstelling luidt dat niet het vóórkomen van de ziekte diabetes zelf, maar complicaties die tot de dood leiden, zich meer voordoen. In dit verband willen we volstaan met het vermelden van de mogelijkheid van een minder goede 'compliance' bij diabetes-behandeling. Het is niet uitgesloten dat andere dan puur medische omstandigheden leiden tot een mindere kwaliteit van de behandeling en begeleiding van diabetes-patiënten. Sociaal isolement en sociale marginalisatie van bijvoorbeeld oudere mensen, maar ook van andere bevolkingsgroepen, kunnen leiden tot een minder goede behandeling. Dit zou zich met name in een grote stad als Den Haag heel goed problematisch kunnen manifesteren. Het gevolg hiervan zou zijn een toename van complicaties en derhalve een stijging van de sterfte.

Deze veronderstelling kunnen we niet onderbouwen, maar ze past in een volledige overweging van de mogelijke verklaringen van het door ons gesignaleerde.

Diagnostiek, registratie en codering?

De belangrijkste verklaring is waarschijnlijk te vinden in de wijze waarop de sterftcijfers van diabetes tot stand zijn gekomen. Waren bovenstaande verklaringen gebaseerd op eventuele verschuivingen van bijvoorbeeld bevolkingsopbouw of -samenstelling, ziekte of sterfte onder de bevolking, hier gaat het om 'kunstmatige' verschuivingen ten gevolge van het vastleggen van gevallen door artsen en de doodsoorzakenregistratie door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

We citeren Mackenbach, die over de doodsoorzakenstatistiek en sterftepatronen van diabetes mellitus een studie verrichtte:

"Een onderzoek werd verricht naar de wijze waarop diabetes mellitus als doodsoorzaak wordt aangegeven en gecodeerd, teneinde na te gaan in hoeverre de doodsoorzakenstatistiek een goed beeld geeft van de bijdrage van deze aandoening aan het sterftepatroon in Nederland. Daartoe werden zes papieren ziektegeschiedenissen, waarin diabetes mellitus op uiteenlopende manieren een rol speelde, voorgelegd aan een aselechte steekproef van driehonderd artsen. De respons bedroeg 76% (n=228). De artsen vulden over deze ziektegeschiedenissen een doodsoorzaken-aangifteformulier in, dat vervolgens werd gecodeerd door het CBS.

Er was een sterk verschil tussen de deelnemende artsen wat betreft de wijze van vermelden van 'diabetes mellitus' op het formulier: 'in het geheel niet', 'als bijkomstige aandoening' of als 'onderliggende doodsoorzaak'. Bij de gebruikelijke codering wordt een aantal oneffenheden in de aangifte gladgestreken, maar er treden nieuwe verschillen op, samenhangend met de leeftijd van de overledene: hoe ouder de overledene, des te kleiner is de kans op codering van diabetes mellitus als onderliggende doodsoorzaak, en des te groter is de kans dat diabetes mellitus ondanks de vermelding in het geheel niet wordt gecodeerd.

De doodsoorzakenstatistiek geeft geen goed beeld van de bijdrage van diabetes mellitus aan het Nederlandse sterftepatroon. De oorzaak hiervan is onder meer gelegen in het te simpele conceptuele schema waarvan de doodsoorzakenaangifte uitgaat. Wellicht zouden enkele veranderingen in de aangifte- en coderingspraktijk, ook zonder ingrijpende veranderingen in de systematiek, tot verbeteringen kunnen leiden" (9).

Deze constatering is voor ons een signaal van groot belang. Ook in de studie van Mackenbach wordt een beginnende toename van de diabetes-sterfte vanaf de midden jaren tachtig vastgesteld. De verklaring hiervoor wordt vooral gezocht in veranderingen in de registratie door artsen op het doodsoorzaken-aangifteformulier en in de codering hiervan voor de statistieken (door het CBS). Door stringentere toepassing van de instructie om diabetes in meer gevallen als onderliggende (primaire) doodsoorzaak te vermelden (onder andere bij hart- en vaatziekten) wordt diabetes de laatste jaren meer als doodsoorzaak aangemerkt. Met de toename van diabetes als primaire oorzaak valt dan ook - zo blijkt uit het onderzoek - tegelijkertijd een afname van diabetes als secundaire doodsoorzaak waar te nemen. Het is dus zeer aannemelijk dat hierin een belangrijk deel van de verklaring voor de door ons gesignaleerde toegenomen sterfte aan suikerziekte is gelegen.

Van groot theoretisch belang is het conceptuele schema, waarbinnen in onze moderne geneeskunde (dus ook voor de doodsoorzakenregistratie) wordt nagedacht: ongezondheid en ziektes worden uitsluitend voorgesteld in de vorm van oorzakelijk met elkaar in verband staande ketens van gebeurtenissen. Een factor veroorzaakt een ziekte, die wederom een andere ziekte veroorzaakt, die op haar beurt de dood veroorzaakt. Dit liniair causale denken vormt de grondslag van onze medische wetenschap. Deze

wetenschappelijke benadering, die voortkomt uit de klassieke natuurwetenschap, heeft veel opgeleverd. Maar ze kent zeker ook haar beperkingen. De tekortkomingen die de hier behandelde doodsoorzakenregistratie parten spelen zijn nog maar bijzaak. Het blijkt dat we diabetes als conditie van ongezondheid niet zomaar kunnen rangschikken in één of meer causale ketens van ziektegebeurtenissen. Zieke mensen zijn niet helemaal te begrijpen vanuit de mechanica. Het is allemaal veel complexer.

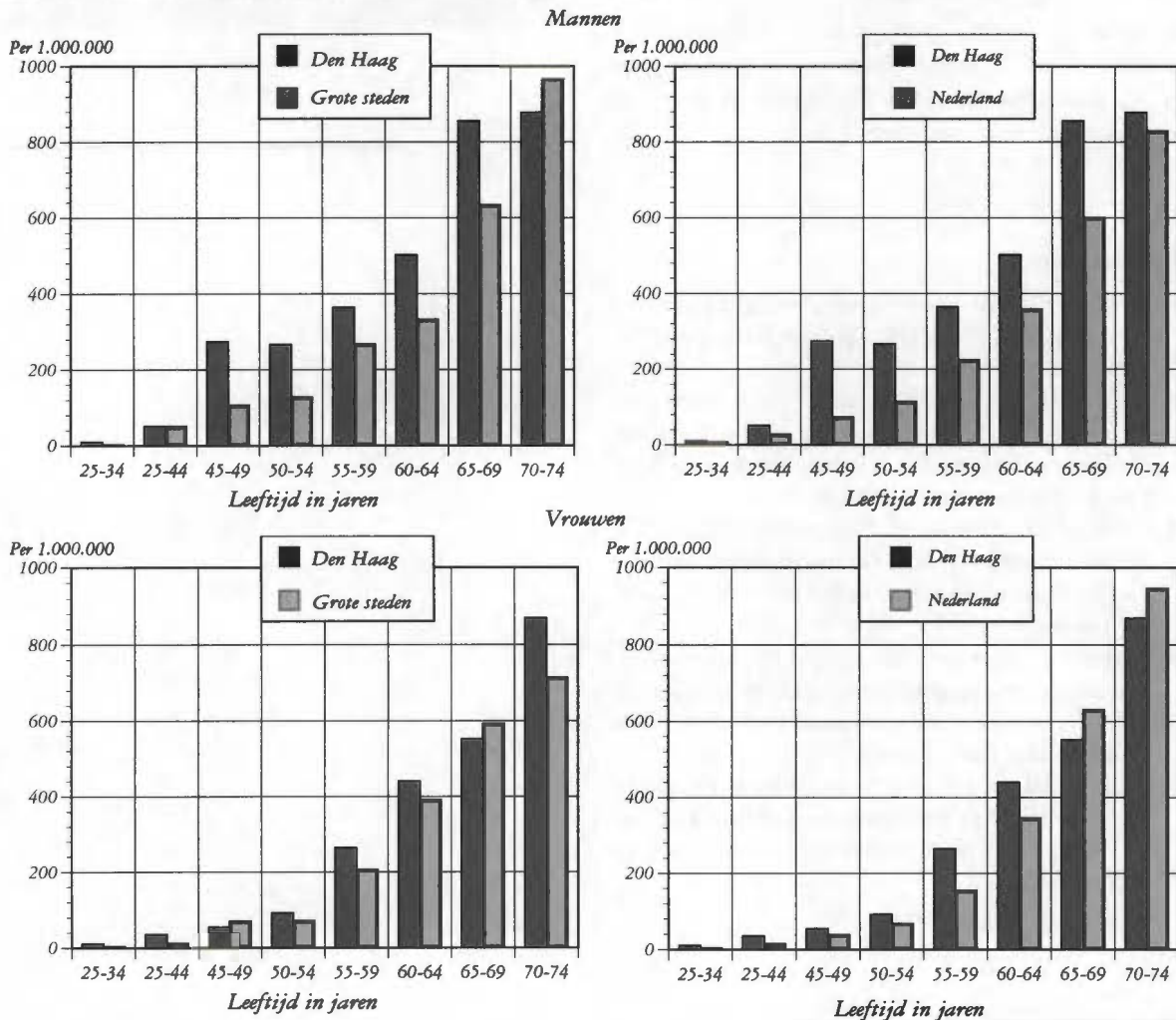
De oplossing die Mackenbach voorstelt om diabetes dan maar aan te merken als risicofactor om te sterven lost het conceptuele probleem niet wezenlijk op. Immers dan krijgt de ziekte (uitgedrukt in 'kansen') wederom een positie in een causale keten. Hij stelt de natuurwetenschappelijke voorstellingen, die het wezen van onze moderne geneeskunde vormen, fundamenteel ter discussie. In het formuleren van een oplossing bevindt hij zich echter weer in het door hemzelf ter discussie gestelde conceptuele model.

Is de toename in de sterfte verontrustend?

Moet de gesignaleerde toename in de sterfte aan suikerziekte ons verontrusten? Het verlossende antwoord hierop kunnen we niet geven. Het veranderde registratiegedrag van artsen en veranderingen in de codering vormen de meest voor de hand liggende verklaringen. Het is echter niet uitgesloten dat een toename van diabetes-gevallen heeft plaatsgevonden in het verleden. Een minder adequate compliance en organisatie van de begeleiding van complexe, oudere diabetes-gevallen kunnen eveneens bijdragen hebben aan de sterftetoename. Ook de 'import' van diabetes mellitus, veroorzaakt door migranten met een verhoogd risicoprofiel voor deze ziekte kan een rol hebben gespeeld. Signalen als het hier behandelde dienen ons derhalve alert te houden op onverwachte ontwikkelingen in de volksgezondheid.

*leeftijdsspecifieke sterfte aan diabetes mellitus
Den Haag/Grote steden en Den Haag/Nederland, 1985 - 1989*

————— **figuur 3**



Opmerkelijke sterfte in Den Haag

Eén hypothese over de opmerkelijke sterfte in Den Haag ten gevolge van diabetes willen we tot slot nog neerzetten. Figuur 3 geeft de leeftijdspecifieke sterfte vanaf 25 jaar voor mannen en vrouwen over de periode 1985-1989. Vooral voor mannen valt op dat vanaf 25 tot 70 jaar de sterfte ten gevolge van diabetes consistent hoger is dan in de beide andere grote steden en in Nederland. Ons inziens zou deze verklaard kunnen worden uit het hoge vóórkomen van ernstige vormen van diabetes bij migranten, met name Hindoestaanse Surinaamse mannen. In Den Haag leven, in tegenstelling tot Rotterdam en Amsterdam, veel Hindoestaanse gezinnen. Het merendeel van de relatief jonge bevolkingsgroep vestigde zich tussen 1973 en 1981 in Den Haag en zou oorzaak kunnen zijn van de sterfte in Den Haag ten gevolge van diabetes.

Clinici spreken van een opmerkelijk grote toeloop van diabetes-patiënten uit deze bevolkingsgroep. Nader onderzoek zou deze veronderstelling moeten bevestigen en vervolgens zouden adequate maatregelen in de gezondheidszorg moeten worden ontwikkeld om dit probleem het hoofd te bieden. Met name is dit nodig omdat, indien de hypothese juist is, de gezondheidszorg in Den Haag in deze een groeiend probleem tegemoet kan zien.

Literatuur:

1. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht over de jaren 1970-1989. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
2. Verkleij H, Casparie AF, Ruwaard D e.a. Toekomst-scenariostudie chronische ziekten van start gegaan: diabetes mellitus, CARA, reumatoïde artritis. *Med Contact* 1989; 44 nr 13: 438-40.
3. Ruwaard D, Verkleij H, Hoogenveen RT e.a. De verwachte toename van het aantal patiënten met diabetes mellitus in Nederland tot het jaar 2005. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1991; 69 nr 6: 16-21.
4. Verkleij H, Ruwaard D, Velde LJK van der e.a. Benodigde zorgcapaciteit voor diabetes mellitus in 2005 in verschillende scenario's. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1991; 69 nr 6: 171-6.
5. Gulliford MC, Burney PGJ. Year of Birth and Mortality caused by Diabetes Mellitus under 45 Years: England and Wales 1927-1986. *J Public Health Med* 1991; 13 nr 3: 204-5.
6. Simmons D, Williams DR, Powell MJ. Prevalence of Diabetes in a Predominantly Asian Community: Preliminary Findings of the Coventry Diabetes Study. *Br Med J* 1989; 289 nr 1: 18-21.
7. Woods KL, Samanta A, Burden AC. Diabetes Mellitus as a Risk Factor for Acute Myocardial Infarction in Asians and Europeans. *Br Heart J* 1989; 62:118-22.
8. McKeigue PM, Miller GJ, Marmot G. Coronary Heart Disease in South Asians: a Review. *J Clin Epidemiol* 1989; 42 nr 7: 597-602.
9. Mackenbach JP, Snels IAK, Friden-Kill LM. Diabetes mellitus als doodsoorzaak. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135 nr 33: 1492-6.

**Onze hartelijke dank voor hun bruikbare adviezen gaat uit naar: Prof.dr. J.P. Vandenbroucke, hoogleraar klinische epidemiologie, universiteit Leiden, H. Verkleij, centrum Epidemiologie, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieubygiëne en Mw. P.H.L.M. Geelhoed-Duyvestijn, internist in Den Haag.*

Problematisch alcoholgebruik

Naar aanleiding van een registratie in de huisartspraktijk

W.J. Schudel en H.L. Hoeksema

De dokter is geen kei in het herkennen van alcoholproblemen. Dat geldt niet alleen voor de huisarts. De chirurg komt tot een 'bedroevende' score en de internist, die er als geen ander oog voor moet hebben, zou er ook meer dienen te zien. Herhaald onderzoek onder Haagse huisartsen wijst uit dat ten minste enkelen van hen een goede neus voor dit soort detectie hebben. Wellicht zouden de collegae van hun werkwijze iets kunnen opsteken.

In 1985 besteedde het Huisartsregistratiesysteem Den Haag onder meer aandacht aan probleemdrinken. De deelnemende huisartsen werd destijds gevraagd alle nieuwe gevallen van probleemdrinken in hun praktijk te signaleren (incidentie) en daarnaast een schatting te geven van het totaal aantal probleemdrinkers in de praktijk (prevalentie). Uit eerder Nederlands onderzoek was bij herhaling gebleken dat met name huisartsen grote moeite hebben, problemen verband houdende met alcoholafhankelijkheid c.q. verslaving bij hun patiënten te herkennen. Van de minder ernstige vormen, zoals probleemdrinken c.q. problematisch alcoholgebruik*, zou zelfs 90% van de gevallen niet door de huisarts worden onderkend (1)(2)(3).

Nu wordt op basis van de totale alcoholconsumptie het aantal probleemdrinkers in Nederland met behulp van de zogenaamde Ledermann-formule geraamd op 4,7% van de totale bevolking (jaarprevalentie) (4). Garretsen en Knibbe vonden in 1982 met een eigen onderzoeksdefinitie van probleemdrinken, waarin zowel het actuele alcoholgebruik als ook de problemen samenhangend met dit gebruik waren opgenomen, voor de bevolking van Rotterdam en Maastricht prevalenties van resp. 7,1% en 10,8% (5).

Wat het vóórkomen in de huisartspraktijk betreft meldt het jaarverslag over 1975 van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations een geraamde incidentie van 3,7 per jaar per 1.000 van de

Over de auteurs

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

Mw.dr. H.L. Hoeksema, projectleider alcoholproject, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden

praktijkbevolking (6). Ook andere registratiesystemen, toegepast in de huisartspraktijk, leveren ramingen in dezelfde orde van grootte op, zoals Hoeksema e.a. in een recent overzichtsartikel laten zien (7).

Sytema en Ormel schatten in hun meta-analyse uit 1986, dat ongeveer 70% van de mensen met alcoholproblemen in contact komt met de huisarts, maar dat deze laatste slechts in 7 à 18% van deze gevallen problematisch alcoholgebruik signaleert (8). Ze stellen dat van elke 1.000 opeenvolgende huisartsbezoekers er twintig tot vijftig alcoholproblemen hebben, maar ze noemen dit zelf een conservatieve schatting.

In het hierboven aangehaalde overzichtsartikel betogen de auteurs dat huisartsen weliswaar bij eenmalige schattingen slechts 10% van de probleemdrinkers in hun praktijk als zodanig herkennen, maar dat bij een betere systematiek van onderzoek dit percentage kan oplopen tot 30 à 50% (7).

In het in de aanhef genoemde Haagse onderzoek over 1985 werden per 1.000 patiënten drie nieuwe probleemdrinkers primair door de huisarts gesignaleerd (1). Na verder navragen kon de herkende (jaar)prevalentie voor de gezamenlijke praktijkbevolking van 15 huisartspraktijken worden geraamd op 14 per 1000, ofwel 35 personen per standaardpraktijk.

Peilstationregistratie

In 1990 namen we in het huisartsregistratiesysteem, inmiddels uitgebreid tot de Haagse regio, opnieuw een item over problematisch alcoholgebruik op. De omschrijving luidde:

'Ieder geval waarbij sprake is van een vermoeden van of zekerheid over problematisch alcoholgebruik dat in verband kan worden gebracht met problemen van de patiënt.'

Bij de herkenning werd verwezen naar en gebruik gemaakt van de 'standaard' van het Nederlands Huisartsen Genootschap ter zake van problematisch alcoholgebruik. Aan deze standaard lag het Leidse protocol voor vroeg-signalering van probleemdrinken in de huisartspraktijk ten grondslag (9). De huisarts werd tevens gevraagd een onderscheid te maken tussen 'het ontstaan van het vermoeden' (bij de dokter), 'het versterken van het vermoeden' (idem) en de 'bevestiging van het vermoeden' (door de patiënt).

tabel 1

patiënten met (vermoede) alcoholproblematiek naar leeftijd en geslacht. Peilstation regio Den Haag 1990

Leeftijd	Mannen		Vrouwen	
	abs.	per 1.000	abs.	per 1.000
15-24 jaar	7	0,8	1	0,1
25-34 jaar	35	3,3	6	0,6
35-44 jaar	70	7,7	32	3,8
45-54 jaar	55	9,1	21	3,5
55-64 jaar	38	7,2	15	2,4
65-74 jaar	17	3,8	8	1,2
> 74 jaar	8	3,5	8	1,7
Totaal	230	5,0	91	1,8

3 geslacht onbekend

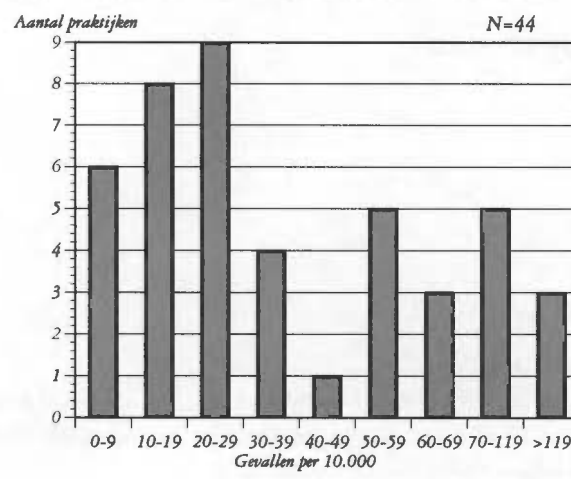
Bevindingen

In totaal vonden 343 meldingen plaats betreffende 324 patiënten. 17 Patiënten werden tweemaal gemeld, één patiënt driemaal. De verdeling naar leeftijd en geslacht is weergegeven in tabel 1. De man/vrouw ratio bedraagt ongeveer 2.5 : 1 en méér dan de helft van alle patiënten (van beide geslachten) was tussen 34 en 55 jaar oud.

De jaar-prevalentie (per 10.000 patiënten) naar praktijk vertoont een zéér grote spreiding (figuur 1), hetgeen niet overeenstemt met de veel gelijkmatiger verdeling, die op grond van bevolkingsonderzoek mag worden verwacht.

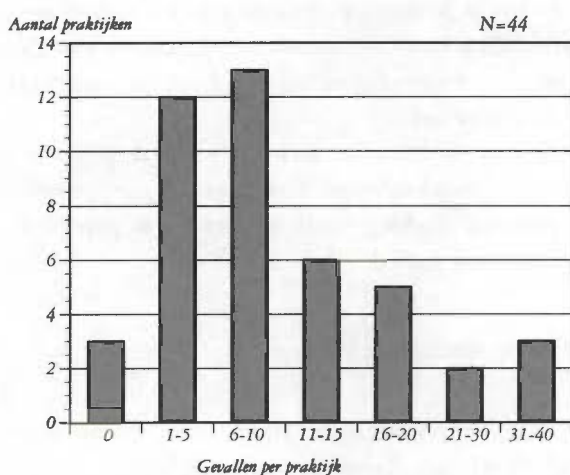
figuur 1

spreiding jaar-prevalentie (vermoede) gevallen van problematisch alcoholgebruik tussen de praktijken. Peilstation regio Den Haag 1990



figuur 2

spreiding (vermoede) gevallen van problematisch alcoholgebruik tussen de praktijken.
Peilstation regio Den Haag 1990



Ook in het onderzoek in 1985 vonden we een grote spreiding. Toen vonden we één praktijk met meer dan 70 nieuwe probleemdrinkers per 10.000 (opeen totaal van 22 praktijken) en nu 8 (van de 44 praktijken). Ook nu kwam uit enkele praktijken geen enkele melding (figuur 2).

De mening van de huisarts en het al dan niet bevestigen van zijn vermoeden door de patiënt is weergegeven in tabel 2. Het ziet er naar uit dat jongere patiënten (tot 40 jaar) gemakkelijker geneigd zijn met de huisarts over hun alcoholproblemen te praten dan relatief ouderen. Deze bevinding zagen we niet eerder in de literatuur vermeld.

Onderrapportage mogelijk

Allereerst moet worden opgemerkt dat de gebruikte methodiek de nodige beperkingen inhield. In het

tabel 2

sterkte vermoeden van de patiënten naar leeftijd. Peilstation regio Den Haag 1990

	<40 jr		40-64 jr		>65 jr	
	abs.	(%)	abs.	(%)	abs.	(%)
Enig	3	(3)	22	(12)	6	(14)
Sterk (niet gespr. met patiënt)	9	(10)	23	(12)	6	(14)
Sterk (gespr. met patiënt)	17	(18)	52	(27)	11	(26)
Bevestigd door patiënt	58	(62)	85	(45)	18	(44)
Onbekend	6	(7)	7	(4)	1	(2)
Totaal	93	(100)	189	(100)	42	(100)

kader van de peilstationregistratie was het alcohol-item één van de vele vragen. Het is nauwelijks denkbaar, dat elke huisarts bij een patiënt die met een geheel andere hulpvraag bij hem kwam toch telkens spontaan en stelselmatig heeft gedacht aan mogelijk bestaand problematisch alcoholgebruik. Onderrapportage lijkt om die reden dan ook al onvermijdelijk, zeker in vergelijking met zogenaamd wachtkamer-onderzoek, waarbij patiënten door een onderzoeker gericht worden ondervraagd.

Kennis

Of, en zo ja in welke mate bij huisartsen, (nog steeds) onvoldoende kennis aanwezig is over het mogelijke effect van bovengemiddeld alcoholgebruik op het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de gebruiker is niet duidelijk. Wel heeft de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden een programma over problematisch alcoholgebruik ten behoeve van de beroepsopleiding voor huisartsen in ontwikkeling.

Dat de huisarts bij drie van de vier patiënten zijn vermoeden ter sprake heeft gebracht lijkt een positieve bevinding. Immers, over de attitude van artsen ten aanzien van problematisch alcoholgebruik wordt zeer verschillend gedacht (zie verder).

Hoe het ook zij: vooralsnog blijven (huis-)artsen veelvuldig in gebreke om probleemdrinkers onder hun patiënten te herkennen. Dit geldt niet alleen bij bevolkingsgerichte enquêtes, maar ook als de dokter in het kader van een onderzoek expliciet aandacht besteedt aan deze problematiek (10)(11). Zelfs bij gebruikmaking van specifieke onderzoeksinstrumenten als de CAGE en/of de MALT-test komen als regel minder gevallen boven water dan op

grond van bevolkingsonderzoek redelijkerwijs zou mogen worden verwacht.

Ziekenhuispopulatie

Uitgaande van de vóóronderstelling dat ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder excessief drinkt (dat wil zeggen ten minste acht glazen alcohol gemiddeld per etmaal consumeert) en tevens aannemend dat een dergelijk alcoholgebruik in elk geval niet gezondheidsbeschermend werkt, zou men verwachten dat alle artsen onder de patiënten die hen consulteren (om welke reden dan ook) ten minste 5% probleemdrinkers aantreffen en sommigen veel méér dan dat percentage. Dit laatste zou bij uitstek het geval moeten zijn bij een ziekenhuispopulatie, met name op afdelingen voor interne geneeskunde en heelkunde, aangezien veel ernstige gevolgen van bovenmatig alcoholgebruik juist op internistisch c.q. chirurgisch terrein liggen.

Een recent onderzoek in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, waarbij gebruik werd gemaakt van de MALT (Münchner Alcoholismus Test) leverde het volgende, zij het voorlopige, resultaat op. Bij opgenomen chirurgische patiënten werd in 2,4% van de gevallen alcoholproblematiek c.q. alcoholafhankelijkheid vastgesteld, bij de patiënten op interne afdelingen was dit percentage 7,8% en voor de gehele patiëntenpopulatie 4,4%. Bovendien bleek dat het zelfbeoordelingsgedeelte van de test (MALT-Z) veel meer alcoholproblematiek aan het licht bracht dan de vragenlijst, die werd ingevuld op basis van de gegevens in de medische status (MALT-O). Uitgaande van deze laatste gegevens lag het percentage gesignaleerde alcoholproblematiek zelfs onder de 1%. Overigens zal elders uitvoeriger verslag worden gedaan van de opzet en de bevindingen van dit onderzoek (12).

Blinde vlek

Het bovenstaande bevestigt opnieuw dat de huisarts niet de enige medicus is die mogelijkerwijs een blinde vlek heeft voor alcoholproblematiek. Verklaringen hiervoor zijn eveneens in ruime mate voorhanden, al blijft de bewijsvoering moeilijk zo niet onmogelijk. Genoemd worden onder meer (8)(1)(10)(11)(13):

- de gepresenteerde klachten wijzen niet specifiek in de richting van alcoholmisbruik;

- negatieve ervaringen met de behandelbaarheid van alcoholisme belemmeren de arts om in deze richting dóór te vragen;
- vele mensen met alcoholproblemen zijn uiterst bedreven in het maskeren van hun alcoholgebruik;
- de dokter wordt beïnvloed in zijn oordeel door zijn eigen lankmoedigheid ten opzichte van een ruim alcoholgebruik;
- de arts overschat het zelfinzicht van de patiënt;
- toch nog onvoldoende kennis van de gevolgen van excessief alcoholgebruik op somatisch, psychisch en sociaal gebied.

Succes behandeling

Consequente aandacht in na- en bijscholingsprogramma's voor de detectie van alcoholproblematiek lijkt ons van blijvend belang. Als een positieve bevinding uit het Haagse registratiesysteem is aan te merken, dat ten minste enkele huisartsen géén moeite bleken te hebben veel alcoholproblematiek in hun praktijk te signaleren. Wellicht zouden ze hun benaderingswijze en ervaringen ten dienste kunnen stellen van collegae, die geen of weinig alcoholproblemen kunnen ontdekken. Ook berust er nog een belangrijke taak bij de reguliere verslavingszorg, in het bijzonder de Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs. Pas als deze instellingen de huisartsen ervan kunnen overtuigen dat behandeling van alcoholproblemen, al betreft dat slechts specifieke categorieën patiënten, daadwerkelijk succes heeft, zullen de huisartsen hun therapeutische scepsis ter zake kunnen laten varen. Problematisch alcoholgebruik zal mogelijkerwijs op meer aandacht van de artsen mogen rekenen indien het als een oplosbaar probleem wordt gezien in plaats van als een niet te beïnvloeden gebrek.

Literatuur:

1. Kauffeld LJ, Struben HWA. Probleemdrinken. *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr 2: 18-21.
2. Hilderink C. Alcoholhulpverlening in de gezondheidsregio Nijmegen: een inventarisatieonderzoek. Nijmegen: Schad, 1983.
3. Schreuder RM. Een exploratief onderzoek naar enkele factoren met betrekking tot het herkennen van alcoholisten in de huisartspraktijk. Doctoraalscriptie. Rijksuniversiteit Leiden 1982.
4. Wever OR, Gips Ch. Schatting van het aantal excessieve drinkers en alcoholisten in Nederland met de Ledermann-formule, 1975 - 1977. *Tijdschr Alc Drugs* 1977; 3: 43-9.

5. Garretsen HLF, Knibbe RA. Alcoholprevalentie-onderzoek Rotterdam/Limburg. Landelijk Eindrapport. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1983.
6. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Jaarverslag 1975. Nederlands Huisartsen Instituut. Utrecht 1976.
7. Hoeksema HL, Oltheten JTM, Mook JMA e.a. Huisarts en problematisch alcoholgebruik, een overzicht van onderzoek. Tijdschr Alc Drugs en andere psychotrope stoffen. 1991 (in druk).
8. Sytema S, Ormel J. Alcoholproblematiek: schattingen van de behandelde en de onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. Tijdschr Alc Drugs 1986; 12: 190-7.
9. Hoeksema HL, Oltheten JTM. Protocol voor vroegsignalering van probleemdrinken in de huisartspraktijk. Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Rijksuniversiteit Leiden 1990.
10. Erckens ECG, Vastbinder RCM. Probleemdrinken en de rol van de huisarts. Huisarts en Wetensch 1984; 27: 16-9.
11. Dalen WE van, Eijk R van der. Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de huisartspraktijk. Tijdschr Alc Drugs 1982; 8: 24-7.
12. Vorm L van der, Akerboom-Straberger B. Vóórkomen van alcoholproblemen op somatische afdelingen in een algemeen ziekenhuis. Verslag afstudeerproject afdeling Psychiatrie. Erasmus Universiteit Rotterdam 1991.
13. Dijk WK van. De miskende alcoholist. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1228-36.

** Een gangbare definitie luidt: ieder regelmatig gebruik van alcoholhoudende drank dat samenhangt met lichamelijke, psychische en/of psychosociale problemen van de gebruiker.*

Mishandeling; opgaven van de huisarts

Bijzondere aandacht voor geweld tegen vrouwen en kinderen

I. Burger en M. Groefsema

Het aantal gevallen van mishandeling, waaronder verkrachting, incest en mishandeling bij sport is in Den Haag hoger dan in de randgemeenten, zo blijkt uit de meldingen van vorig jaar bij het huisartspeilstationsysteem. Lichamelijk geweld vindt vooral plaats in huiselijke kring. Dat geldt ook voor seksueel geweld. Vrouwen en kinderen zijn vaak slachtoffer. Bij diffuse klachten zou de huisarts vaker de mogelijkheid van mishandeling moeten overwegen.

Gedurende 1990 hebben huisartsen van het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag * gerapporteerd over nieuwe gevallen van lichamelijke letsels bij patiënten, toegebracht door derden. Hieronder vielen ook letsels ontstaan in een 'sportieve confrontatie', wanneer de patiënt de actie van de ander(en) beoordeelde als opzet. Daarnaast gaven de huisartsen ook gevallen op van seksueel geweld, zoals verkrachting, aanranding en incest (1).

Resultaat registratie

In totaal zijn over de 44 deelnemende praktijken in 1990 111 meldingen binnengekomen, waaronder 13 van seksueel geweld. Het ging daarbij om gevallen waarbij òf de slachtoffers de huisarts zelf hadden bezocht voor behandeling van het letsel, òf de huisarts vermoedde dat aan het letsel gewelddadig gedrag van een ander vooraf was gegaan. Dit laatste was zes keer het geval.

Zoals tabel 1 (zie volgende pagina) laat zien verschillen de opgaven tussen Den Haag en de randgemeenten aanzienlijk. Ziet een Haagse huisarts drie à vier gevallen van lichamelijke mishandeling in een jaar en één keer in de anderhalf jaar een geval van seksueel geweld, de huisartsen in de randgemeenten behandelen respectievelijk twee keer per jaar en één keer in de vijf jaar hiervoor patiënten. De 'grote stad' lijkt dus gewelddadiger. De nationale studie naar

Over de auteurs

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag en Mw. M. Groefsema, psycholoog, coördinator incestpreventie en hulpverlener bij het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld Den Haag, werkzaam bij de GGD Den Haag.

tabel 1

lichamelijk geweld in Den Haag en in de randgemeenten (per 10.000 inwoners).
Peilstation regio Den Haag 1990

	Den Haag	Randgemeenten	Regio Den Haag
Lichamelijk geweld	15,3	8,4	11,8
Seksueel geweld	2,8	0,2	1,6

ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk ondersteunt dit verschijnsel (2). We lezen daarin een twee maal zo hoge rapportage van problemen ten gevolge van mishandeling in de 'grote stad' in vergelijking tot suburbane gebieden (respectievelijk 0,8 en 0,4 per 1.000 per jaar).

De gewelddadigheden, ook na 'sportieve confrontatie', hebben hoofdzakelijk blauwe plekken en kneuzingen tot gevolg gehad (tabel 2). De mishandeling

tabel 2

aard lichamelijk letsel (combinaties mogelijk, N=111).
Peilstation regio Den Haag 1990

Aard letsel	abs.	%
Haematoom	57	51
Contusie	42	38
Snij-, bijt-, brand- en schaafwond	17	15
Fractuur	7	6
Anders	6	8
Seksueel geweld	13	12

leidde bij 24 patiënten tot psychische decompensatie dan wel ernstige angstgevoelens. Bij een derde van deze slachtoffers noemde de huisarts expliciet het verbale geweld waarmee de escalatie gepaard ging.

Slachtoffers van lichamelijk geweld

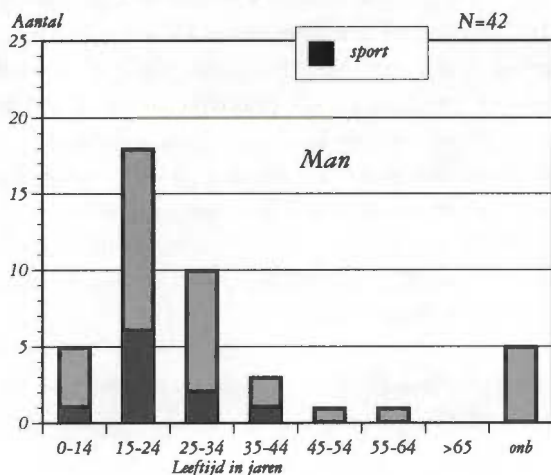
Vrouwen zijn vaker dan mannen slachtoffer van lichamelijk geweld (figuur 1). Wanneer we de 13 opzettelijk toegebrachte sportletsels uitsluiten (hiervan zijn vooral mannen het slachtoffer) dan zijn ruim anderhalf keer zoveel vrouwen als mannen mishandeld. Verder zijn de mannen jonger dan de vrouwen. Van mannen ouder dan 34 jaar kwamen vrijwel geen opgaven binnen, terwijl regelmatig vrouwelijke slachtoffers in de middelbare leeftijd werden geregistreerd.

De huisarts ziet mishandeling vooral in intensieve en afhankelijke samenlevingsverbanden (tabel 3, zie volgende pagina). Het is vooral de (ex)partner die het letsel toebrengt (41,8%). Ook ouders of familieleden veroorzaken een deel (12,3%).

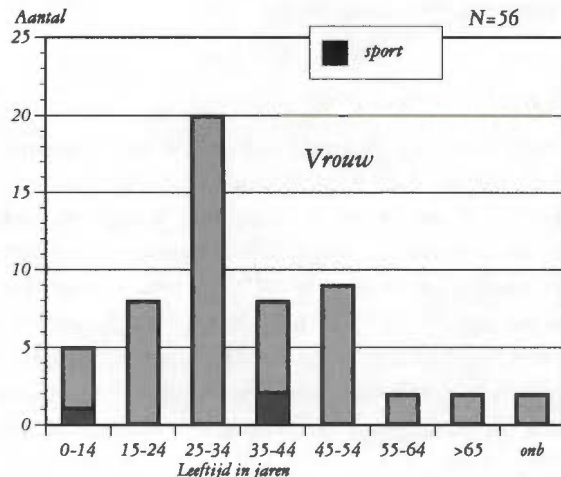
Slachtoffers van seksueel geweld

Zoals gezegd meldde de huisarts 13 gevallen waarbij de patiënt gedwongen was seksuele handelingen te

lichamelijk geweld naar leeftijd en geslacht (excl. seksueel geweld).
Peilstation regio Den Haag 1990



figuur 1



tabel 3

relatie met geweldpleger (excl. gevallen van seksueel geweld). Peilstation regio Den Haag 1990

Relatie	abs.	%
(Ex)partner	41	41,8
Medesportbeoefenaar	13	13,2
Ouder(s)	9	9,2
Vriend(in)	8	8,2
'Vreemde'	6	6,1
Scholier/collega/klant	6	6,1
Familie	3	3,1
Politie	3	3,1
Anders	3	3,1
Onbekend	6	6,1
Totaal	98	100,0

verrichten of te ondergaan. Voornamelijk betrof dit vrouwen of meisjes. Twee jongens waren slachtoffer geworden van seksueel geweld: bij een vijftienjarige jongen werden seksuele handelingen door een zwager gemeld en bij een vijfjarig jongetje een verkrachting door een onbekende voor het slachtoffer.

Vier vrouwen waren jonger dan 20 jaar, waaronder een meisje van acht. Drie waren verkracht en bij de ander was sprake van incest. Bij de zeven oudere vrouwen was voor zover bekend sprake van verkrachting of aanranding. Hierbij hadden twee vrouwen ook lichamelijke verwondingen opgelopen. Ook bij seksueel geweld zien we dat het vooral in de verzorgende leefomgeving vóórkomt. In totaal hadden negen meldingen betrekking op het gezins- of familieverband. In drie gevallen was het een vreemde (één onbekend).

Vergelijking met 1985

Over 1985 zijn in Den Haag, in hetzelfde huisartspeilstationsysteem, gegevens verzameld over mishandelingen in de verzorgende omgeving (exclusief seksueel geweld)(3). Toen werd een incidentie berekend van 18 per 10.000 personen. Het huidige getal van 15 in Den Haag is aanzienlijk lager, als men bedenkt dat het laatste cijfer ook lichamelijke letsels vertegenwoordigt die *niet* door een persoon uit de verzorgende omgeving van de patiënt zijn toegebracht.

Weinig cijfers

Het verschijnsel van geweldplegingen, de gevolgen ervan voor het slachtoffer en de herkenning door de hulpverlening krijgen de laatste decennia meer en meer aandacht in de publieksmedia en medische vakliteratuur. Echter over de mate waarin deze geweldplegingen vóórkomen onder de bevolking is nog weinig goed materiaal voorhanden (3). Dit geldt vooral voor cijfers over (seksueel) geweld tegen vrouwen en kindermishandeling.

De huisarts in het huisartspeilstationsysteem was gevraagd alle letsels ten gevolge van lichamelijke (seksuele) geweldplegingen te registreren: van een escalatie in besloten huiselijke kring tot een aanval op het sportveld met vele toeschouwers. Laatstgenoemd geval wordt door anderen opgemerkt en het slachtoffer zal zich ook gemakkelijker laten behandelen, bij de huisarts of in ernstiger situaties op een eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis. Maar juist de gewelddadigheden in een (gezins)relatie, waarbij het slachtoffer fysiek zwakker is dan de dader (en/of van hem afhankelijk) komen niet zo vaak in het volle daglicht. Het zijn vooral vrouwen en kinderen die zich in deze situatie kunnen bevinden. In de volgende paragraaf gaan we in op wat er momenteel bekend is over het vóórkomen van geweldplegingen tegen vrouwen en kinderen. Waar mogelijk leggen we de cijfers uit het huisartspeilstationsysteem ernaast.

Geweld tegen vrouwen en kinderen

Römkens stelde in 1989 bij ruim 1.000 Nederlands sprekende 20-60-jarige vrouwen vast dat 11,4% van hen vrouwen één of meer malen in haar leven matige tot ernstige vormen van eenzijdig geweld, toegebracht door de mannelijke partner, heeft meegemaakt (5) **. Dit percentage betekent een gemiddelde van drie per jaar in een normpraktijk. De registratieartsen gaven gemiddeld bijna één geval per praktijk op (37 vrouwen in 44 praktijken). In de eerder gerefereerde nationale studie lezen we ook dat de Nederlandse huisarts gemiddeld één vrouwelijk slachtoffer van mishandeling per jaar ziet (2). De gemiddelde opgave van de peilstationhuisartsen wijkt dus niet af van wat een 'doorsnee' Nederlandse huisarts te zien krijgt.

We noemen nog enkele opvallende bevindingen uit het onderzoek van Römkens (5):

- geweld tegen vrouwen is geen typisch verschijnsel van de lagere sociaal-economische klasse;
- evenveel getrouwde als ongetrouwde vrouwen zijn slachtoffer van gewelddadig gedrag van hun (vaste) partner;
- van alle vrouwen die ooit mishandeling door hun partner hebben ervaren heeft slechts 7% dat in meer dan één relatie; het verschijnsel wordt dus vooral bepaald door de dynamiek die in een bepaalde relatie bestaat.

Over het vóórkomen van *seksueel geweld* vonden we informatie in het onderzoek dat Draijer bij, eveneens ruim 1.000 Nederlands sprekende maar nu 20-40-jarige, vrouwen heeft verricht. Ze constateerde dat 33% van de ondervraagden vroeger een vorm van seksueel geweld had meegemaakt (6). Bij 14% was dit door verwanten gebeurd.

Tenslotte nog enige cijfers over *kindermishandeling*. Het Bureau Vertrouwensarts Inzake Kindermishandeling in Den Haag rapporteerde over 1990 96 meldingen van lichamelijke mishandeling en 69 meldingen van seksueel misbruik bij Haagse 0-17-jarigen (7)(8). Dit bureau is niet van alle voorkomende gevallen op de hoogte. Wanneer we de twee getallen over 1990 optellen dan komen we uit op één geval van mishandeling per 500 kinderen. De frequentie in het huisartspeilstationsysteem lag nog lager namelijk één op de 800 kinderen.

Waarom discrepantie

Bovenstaande vergelijkingen toonden het al: we krijgen geen volledig beeld van het vóórkomen van mishandeling via een huisartsregistratie. Als het slachtoffer er al mee naar 'buiten' komt dan kan hij/zij immers ook bij allerlei andere nulde- en eerstelijnsvoorzieningen hulp zoeken, zoals de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis, de school, de politie, de SOS-telefonische hulpdienst, de kindertelefoon, de Bureaus Slachtofferhulp, de Stichting Vrouwen tegen Seksueel Geweld en de reeds genoemde Bureaus Vertrouwensarts Inzake Kindermishandeling. Deze instanties zullen niet of niet altijd de huisarts inschakelen.

Vooral wanneer een letsel door iemand uit de verzorgende omgeving is veroorzaakt, vertelt de patiënt de huisarts in veel gevallen niet over de toedracht van het letsel of bezoekt hem of haar in het geheel niet. Uit het onderzoek van Römken blijkt dat slechts 42% van de ondervraagde vrouwen na ge-

weld een hulpverlenende instantie bezoekt (5). Dat hoeft allermint te betekenen dat hulp niet gewenst of niet nodig is. Allerlei gevoelens van schaamte, schuld, angst voor represailles en het gevoel een uitzondering te zijn, kunnen hieraan ten grondslag liggen. Herkenning en op de man/vrouw af doorvragen van de huisarts is in voorkomende gevallen noodzakelijk en kan effectief zijn (9). Verschillende specifieke diffuse klachten kunnen door de patiënt gepresenteerd worden variërend van buikpijn, nekpijn tot slaapstoornissen of een verzoek om kalmerende middelen. In de differentiaal-diagnose bij dergelijke klachten zou de huisarts de mogelijkheid van lichamelijk (seksueel) geweld moeten overwegen. Aandacht voor mogelijkheden van herkenning van mishandeling bij patiënten in de (na)scholing van huisartsen is dan ook voorwaarde. Een uitstekende mogelijkheid hiervoor is de 'Driedaagse voor huisartsen'.

In een volgend artikel in het Epidemiologisch Bulletin wordt nader ingegaan op het herkennen van seksueel geweld bij patiënten en op de gevolgen voor het slachtoffer.



**Hoe lang
zoek jij al iemand
die wil luisteren?**

HULPLIJN KINDERMISHANDELING
Een extra nummer van de Kindertelefoon.

06-8400
Over sommige geheimen moet je praten.

foto: Samenwerkende Organisatie tegen Kindermishandeling

Publiekscampagne 'Over sommige geheimen moet je praten'

Mishandeling

Praten over geweld

Publiciteitscampagnes kunnen een succesvol middel zijn om slachtoffers hun situatie of gedrag te laten erkennen waarna eventueel hulp wordt gezocht. In dat kader is in 1991 de mediacampagne 'Over sommige geheimen moet je praten' van start gegaan. Deze campagne is gericht op kinderen met ervaringen van mishandeling.

In het najaar van 1991 is voor vier jaar ook een publiekscampagne gestart ter preventie van seksueel geweld, gericht op gedrag van mannen en jongens. Naar verwachting zullen huisartsen door dergelijke campagnes meer meldingen krijgen van jongens en meisjes of mannen en vrouwen die slachtoffer zijn geweest van mishandeling.

** In het Huisartspeilstationsstelsel 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.*

*** variërend van verscheidene blauwe plekken, schrammen en striemen tot (brand)wonden, botbreuken en zenuwbeschadigingen.*

Met dank aan mw. M.G. van Gelderen, huisarts in Den Haag voor haar waardevolle adviezen bij het tot stand komen van dit artikel.

Literatuur:

1. Handleiding Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag 1990. GG en GD Den Haag, stafbureau Epidemiologie, november 1989.
2. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC e.a. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht 1991.
3. Boersma AA, Braak EM ter. Geweld tegen vrouwen: krijgt het de aandacht die het verdient? Huisarts en Wetenschap 1990; 33 nr 6: 236-9.
4. Bergink AH. Mishandeling. Epidemiol Bul Grav 1986; 21 nr 2: 14-6.
5. Römken R. Onder ons gezegd en gezwegen: geweld tegen vrouwen in man-vrouw relaties. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1989.
6. Kindermishandeling: tussen melding en hulpverlening. Landelijke Stichting Bureaus Vertrouwensarts Inzake Kindermishandeling. Jaarverslag 1989-1990. Utrecht, juni 1991.
7. Persoonlijke mededeling Bureau Vertrouwensarts Inzake Kindermishandeling regio Den Haag.
8. Draijer N. Een lege plek in mijn geheugen: seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag 1988.
9. Douma I, Zijda K, Jaspers JPC. Huisartsen en slachtoffers van seksueel geweld: een onderzoek in Friesland naar de visie, taakopvatting, signalering en hulpverlening van huisartsen. T Soc Gezondheidz 1987; 65 nr 6:168-70.

Terminale thuiszorg door de huisarts

I. Burger en W.J. Pameijer

Het landelijk beleid richt zich steeds meer op de mogelijkheid terminale patiënten thuis te laten sterven. Er bestaat geen twijfel over dat hier een wezenlijke taak ligt voor de huisarts. Maar hoeveel werk brengt dat met zich mee? Als andere professionele hulpverleners er ook bij betrokken zijn kost het de dokter gemiddeld twee uur en drie kwartier. Staat hij er alleen voor dan moet hij er gemiddeld vier uur voor uittrekken.

Uit de Haagse peilstationregistratie over 1987 is bekend dat ongeveer een kwart van de sterfgevallen in een huisartspraktijk, waarbij terminale verzorging noodzakelijk is, thuis plaatsvindt (1). Het overlijden thuis had in vrijwel alle gevallen ook de voorkeur van de patiënt en/of de familie. Daarentegen werd overlijden in een ziekenhuis of verpleeghuis veel minder positief beoordeeld.

Het gezondheidszorgbeleid in Nederland richt zich steeds meer op het vergroten van de mogelijkheden hulp thuis aan te bieden ook in de laatste levensfase. Wat betekent terminale thuiszorg voor de werkbelasting van de huisarts? Hoe frequent en hoe lang bezoekt de huisarts terminale patiënten? Waar ligt het zwaartepunt van de verzorging en voldoet deze? Vragen die we gesteld hebben aan de huisartsen die in 1990 deelnamen aan het Huisartspeilstation-systeem regio Den Haag*.

Wat is terminale thuiszorg?

Onder een terminaal stadium van een ziekteproces is in het onderzoek verstaan de fase waarin de patiënt volledig bedlegerig en ernstig hulpbehoevend is (= 90% hulpbehoevend bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, ADL) De behandelingsmogelijkheden zijn in dat stadium uitsluitend palliatief van aard, dus alleen gericht op bestrijding van pijn, benauwdheid en dergelijke. Het is mogelijk dat de huisartsen deze definitie enigszins verschillend hebben geïnterpreteerd, vooral wanneer de patiënt niet bij voortdurende volgens de gehanteerde definitie 'terminaal' is. Voor het beoogde doel levert dit geen wezenlijke problemen op.

Over de auteurs

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag en W.J. Pameijer, huisarts in Den Haag

'Thuis' wil zeggen dat de patiënt zelfstandig dan wel bij familie of bekenden in huis woont (bewoners van bejaardenhuizen zijn alleen opgegeven indien de huisarts de behandelaar is).

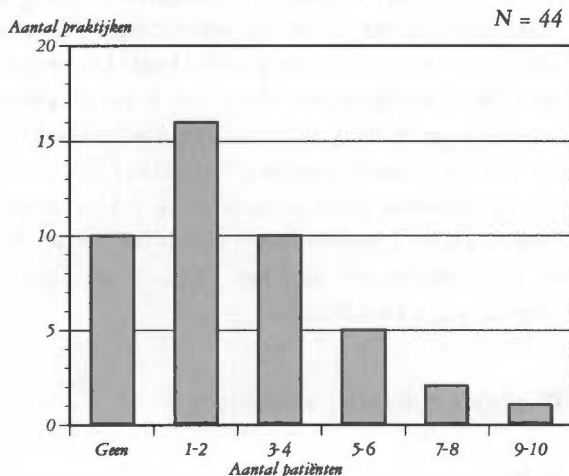
Voor de huisarts eindigde de terminale zorg in veel gevallen bij opname of, uiteraard, bij overlijden.

De terminale patiënt

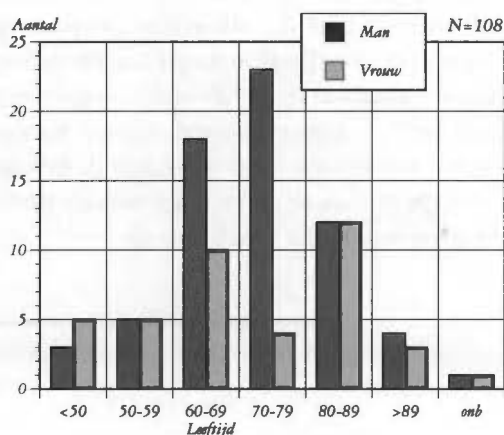
Over 1990 kregen we van 108 inwoners van Den Haag of de randgemeenten gegevens binnen. Het aantal patiënten dat terminale thuiszorg ontvangt loopt per huisartspraktijk sterk uiteen (figuur 1). In een kwart van de praktijken, heeft de huisarts geen terminale zorg gegeven. Eén praktijk had de zorg over tien terminale patiënten.

Uitgesplitst naar leeftijd en geslacht zien we een

figuur 1
aantal terminale patiënten per praktijk.
Peilstation regio Den Haag 1990



figuur 2
leeftijds- en geslachtsverdeling van de terminale patiënten. Peilstation regio Den Haag 1990



opvallend beeld (figuur 2). Tussen de zestig en tachtig jaar zijn het vooral mannen die door de huisarts voor terminale thuiszorg worden bezocht. In de overige leeftijdscategorieën is het aandeel mannelijke en vrouwelijke patiënten vrijwel gelijk. Wanneer het beeld overeen zou zijn gekomen met de leeftijds- en geslachtsverdeling van sterftecijfers in het algemeen dan zouden in de hogere leeftijdsklasse de vrouwen in de meerderheid zijn geweest. Waarschijnlijk kunnen mannen, wanneer de vrouw nog leeft, eerder thuis worden verpleegd.

Hoofdzakelijk zijn het nieuwvormingen waar de terminale patiënt aan lijdt (86%).

De niet-professionele hulp wordt vooral door de familie (60%) en/of de partner (45%) geboden. Daarnaast is de wijkverpleging verreweg de belangrijkste instantie (68%; tabel 1) waarop voor professionele hulp, vooral overdag, een beroep wordt gedaan. Van uitsluitend professionele hulp is in 7% van de gevallen sprake. Incidenteel (zeven maal) vond de huisarts dat de verzorging thuis tekort schoot.

tabel 1
terminale patiënten naar zwaartepunt verzorging
(combinaties mogelijk). Peilstation regio Den Haag
1990

	abs.	%
Professioneel		
Wijkverpleging (overdag)	49	45
(‘s nachts)	25	23
Gezinsverzorging	12	11
Verzorgingshuis	4	4
Niet professioneel		
Partner	49	45
Familie	65	60
Buren/vrienden	5	5

De werkbelasting

De huisartsen hebben de 108 patiënten in 1990 in totaal 958 maal bezocht. Ruim driekwart van de visites waren vooraf door de huisarts gepland. De redenen voor bezoek waren steunverlening (75%), controle (48%), behandeling (44%) en coördinering (24%), veelal in combinatie. Gemiddeld duurde een contact 22 minuten (met weliswaar een grote spreiding: 5 - 270 minuten).

De totale tijd besteed aan terminale thuiszorg per patiënt verschilde aanzienlijk (figuur 3). Aan één op de vier terminale patiënten gaf de huisarts meer dan vier uur zorg en aan één op de tien meer dan acht uur. Vergelijken we de gemiddelde totale duur van de contacten met de terminale patiënten, waarbij professionele hulp was ingeschakeld, met de patiënten waarbij dit niet het geval was dan zien we hierin een duidelijk verschil: met hulp was de totale duur twee uur en drie kwartier, zonder hulp vier uur. Patiënten die geen professionele hulp ontvangen lijken dus taakverzwarend voor de huisarts te zijn.

Kwaliteit begeleiding

Het thuis begeleiden van mensen in hun laatste levensfase behoort, daar bestaat geen verschil van mening over, tot het takenpakket van de huisarts. De verzamelde gegevens lichten een tipje van de sluier over de kwantiteit daarvan op. Kwalitatieve uitspraken zijn veel moeilijker te geven. Maar hoeveel leed het sterven voor de patiënt en voor zijn of haar omgeving ook met zich mee moge brengen, wanneer het stervensproces optimaal verloopt betekent dit een belangrijke verzachting. Het begeleiden van deze wezenlijke levensfase wordt door de huisarts vaak als zeer zinvol ervaren.

In een tijd waarin het aanbod van voorzieningen, die thuiszorg verlenen, toeneemt vragen meer en meer de kwalitatieve aspecten van de geboden zorg onze aandacht. Op wat dit bijvoorbeeld voor een centrum voor thuiszorg betekent komen we in een volgend nummer van het Epidemiologisch Bulletin terug.

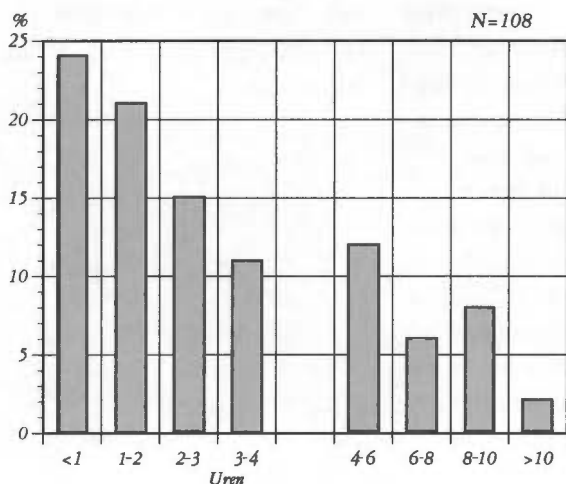
* In het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag verzamelden huisartsen in de periode 1984-1990 epidemiologische gegevens over ziektebeelden en gebeurtenissen. In 1990 hebben 55 huisartsen deelgenomen (44 praktijken). Voor Den Haag namen 29 huisartsen deel, voor Leidschendam 3, voor Rijswijk 7, voor 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.

Literatuur:

1. Nijhuis HGJ. Sterfsituatie. Epidemiol Bul Grav 1988; 23 nr 2: 14-7.

figuur 3

totale tijd per terminale patiënt
Peilstation regio Den Haag 1990



korte berichten

Onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Cholesterolverlaging door dieet

De reguliere diëten die - bijvoorbeeld in de huisartspraktijk - de patiënt bij een te hoog cholesterolgehalte voorgeschreven krijgt, hebben nauwelijks of geen effect. Combinatie van dergelijke diëten met een gezondheidsvoorlichting en opvoedingscampagne zet ook al geen zoden aan de dijk. Na een half tot tien jaar kan in verschillende onderzoeksgroepen een verlaging van het serumcholesterol met gemiddeld 4% tot een verhoging met gemiddeld 2% worden waargenomen. Effectiever zijn diëten die veel strenger zijn: dan zien we verlagingen van gemiddeld 6,5 tot 15,5%. Men schat dat met ieder procent verlaging van het serumcholesterol de kans op ziekten van de kransslagaderen met 1 tot 2% omlaag gaat. Dit meldt de *British Medical Journal* van 19 oktober 1991, waarin onderzoeken uit verschillende industrielanden onder de loep werden genomen. De richtlijnen voor het beleid bij een te hoog cholesterolgehalte moeten worden herzien, zeggen de onderzoekers.

Succes actie 'Samen stoppen met roken'

In het eerste halfjaar van 1991 is het percentage volwassen rokers in Nederland gedaald van 35% tot 33%. Deze daling wordt grotendeels toegeschreven aan de

geslaagde actie 'Samen stoppen met roken'.

Uit de verschillende onderzoeken rond de actie is gebleken dat 4% van de 4 miljoen rokers er gedurende de actie in is geslaagd om van de rookgewoonte af te komen. Dat betekent 160.000 ex-rokers (dat is ruim het dubbele van het aantal mensen dat de laatste jaren gemiddeld - onder invloed van de afnemende acceptatie van het roken - in een kwartaal met roken stopt). Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat hiervan ongeveer 30% het niet-roken ook op langere termijn volhoudt; dit betekent dat er in september 1991 ongeveer 48.000 doorzetters zijn overgebleven. De helft hiervan, 24.000 ex-rokers, kan aan de actie 'Samen stoppen met roken' worden toegeschreven.

Hoewel de actie niet specifiek op jongeren was gericht, is toch onderzocht in hoeverre jongeren konden worden bereikt door en gevoelig zijn voor een dergelijke informatieve campagne. Naar aanleiding van de actie melden jongeren vaker discussies over roken te voeren. De actie heeft echter weinig effect gehad op het rookgedrag en het intentioneel rookgedrag van rokende, respectievelijk niet-rokende jongeren.

De speciaal voor preventie van roken onder jongeren ontwikkelde campagnes ('Roken waarom zou je' en 'Speel niet met vuur') van de Stichting Volksgezondheid en Roken dragen sterker bij aan de voortgaande daling van het rookgedrag onder 10-14-jarigen.

Vasten en vegetarisch eten helpt bij reuma.

Mensen met chronische gewrichtsreuma hebben baat bij het volgende voedingsschema: zeven tot tien dagen bijna volledig vasten, daarna gedurende drie en een halve maand een individueel aangepast gluten-vrij vegetarisch dieet volgen, met tenslotte een geleidelijke overgang naar een lacto-vegetarische voeding. Dit meldt *The Lancet* van 12 oktober 1991. Een interventiegroep ging significant vooruit ten opzichte van een controlegroep.

De verbetering trad onder meer op in het aantal pijnlijke gewrichten, de duur van de ochtendstijfheid, het aantal witte bloedlichaampjes en de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes. De verbeteringen waren ook na een vol jaar nog aanwezig. Een probleem was dat patiënten moeite hadden hun essentiële voedingsbehoeften te dekken gedurende de drie en een halve maand van glutenvrij vegetarisch dieet. Deze voedingsvoorschriften zijn een nuttige aanvulling op de conventionele behandeling van chronische gewrichtsreuma, zeggen de onderzoekers.

Actuele informatie

ELF-velden en gezondheid

Epidemiologische studies hebben op dit moment onvoldoende bewijs geleverd voor een relatie tussen blootstelling aan extreem laag-frequente elektro-magnetische velden (ELF) en het risico op het ontstaan van kanker. De studies tonen echter ook onvoldoende aan dat een dergelijke relatie afwezig is.

ELF-velden bestaan uit twee componenten: een elektrisch veld en een magnetisch veld. Bronnen zijn in Nederland hoogspanningsleidingen, elektrische schakelstations en elektrische apparaten in de huishouding en op het werk. Minister Alders heeft de Gezondheidsraad gevraagd of de huidige kennis inderdaad onvoldoende is voor het vaststellen van een dergelijke relatie. Als dat zo is vraagt hij welk wetenschappelijk onderzoek mogelijk en wenselijk is om de onzekerheden en de lacunes in kennis te verminderen. Daarnaast vraagt de minister of het mogelijk is op basis van de huidige kennis van mogelijke effecten van ELF op de gezondheid normen vast te stellen voor maximale blootstelling aan ELF. In een aantal landen zijn op dit moment (voorlopige) richtlijnen opgesteld. Mogelijk kan een dergelijke richtlijn wetenschappelijk gezien als uitgangspunt dienen voor een Nederlandse norm.

Het aantal mensen dat wordt blootgesteld aan ELF-velden is onbekend, evenals de sterkte van de velden. De minister vraagt of het zinvol is om de veldsterkten in kaart te brengen.

Beter Gezond 1991-1992

De gemeenteraad van Den Haag heeft het programma 'Beter Gezond 1991-1992' onlangs vastgesteld. Het programma, dat een vervolg is op de raamnota 'Beter Gezond' van 1989, beschrijft beleidsvoornemens op het gebied van de volksgezondheid die vertaald zijn in actiepunten. Enkele voorbeelden van deze actiepunten zijn: het opzetten van een systeem van kwaliteitsbeheersing in de zorgsector, het uitbreiden van een netwerk van jeugdgezondheidszorg en hulpverlening in oude centrumwijken en het starten van een project ter versterking van de gezondheidszorg in het stadsdeel Centrum. Sommige actiepunten zijn tevens aangemerkt als projecten in het kader van sociale vernieuwing.

Een uitgebreide beschrijving van de projecten van 'Beter Gezond' is opgenomen in de zogenaamde Aktieklapper. In deze klapper wordt ook verslag gedaan van de uitvoering van de actiepunten die in 1989 door de gemeenteraad waren vastgesteld.

Zowel het programma Beter Gezond als de Aktieklapper is verkrijgbaar bij de Dienst Welzijn van de Gemeente Den Haag, sector GGD, tel. 070 - 361 92 59.

Haags Platform Volksgezondheid

De Haagse wethouder van Gezondheidszorg, de heer D. Ramlal, heeft het initiatief genomen tot oprichting van het Haags Platform Volksgezondheid. Het Platform is een beraadsgroep van 'opinion leaders' uit de Haagse volksgezondheid.

Deelnemers zijn bestuurs- of directieleden van onder andere ziektekostenverzekeraars, patiënten- en consumentenplatform, huisartsenvereniging, instellingen van extra- en intramurale

gezondheidszorg en van de geestelijke gezondheidszorg, alsmede van de GGD. Het is de bedoeling dat binnen het Platform actuele volksgezondheidsonderwerpen van gemeenschappelijk belang worden besproken en dat initiatieven worden genomen tot vernieuwingen in de zorg en de zorgsector in Den Haag.

Het Platform is in het najaar 1991 voor de eerste maal bijeen geweest.

Programma Verslavingszorg 1992

In het programma verslavingszorg 1992, dat onlangs door de gemeenteraad van Den Haag is vastgesteld, worden de ontwikkelingen en activiteiten op het gebied van de ambulante verslavingszorg in de Haagse regio beschreven. Het programma is voor de instellingen die op dit terrein werkzaam zijn tevens de grondslag voor subsidiëring in 1992.

De totale geldstroom bedraagt - inclusief de voorzieningen in Zoetermeer - ruim f 8,3 miljoen. In het kader van het programma verslavingszorg worden ook activiteiten op het gebied van AIDS-preventie voor druggebruikers gesubsidieerd.

Het programma is verkrijgbaar bij de dienst Welzijn van de gemeente Den Haag, sector GGD, tel. 070 - 361 93 00.

Voorlichting

Jeugd tandzorg op milieu-manifestatie

Met een druk bezochte happening in de Scheveningse visafslag startte op 1 september jl. de afdeling Milieu-educatie van de Dienst Stadsbeheer haar jaarthema 'Milieu op je bord'. Deze manifesta-

tie stond helemaal in het teken van gezonde voeding voor mens en milieu.

De afdeling Jeugd tandzorg van de sector GGD was één van de participanten. Ze informeerde bezoekers over voeding ter voorkoming van tandbederf. Uit de reacties van de bezoekers bleek dat er nog veel te leren viel over de betekenis van light-produkten, suikervervangers en verborgen suikers.

Opvallend was dat veel mensen er over het algemeen van uitgaan, dat 'light' betekent dat het vetgehalte lager is. Bij een 'light-frisdrank' werd dan ook niet meteen een verband naar suiker gelegd. En was dat wel het geval, dan werd al gauw gedacht dat wanneer een glas frisdrank nogal wat klontjes suiker bevatte, een glas light-frisdrank maar de helft van dat aantal klontjes zou bevatten!

Onwetend bleken de bezoekers vooral ook over melksuikers in melk en vruchtensuikers in fruit. Het 'zuigfles-cariës-verhaal' heeft dan ook veel mensen wakker geschud.

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.

Van de mazelen-patiënten bleken alle 5 kinderen om godsdienstige redenen niet gevaccineerd te zijn.

De rubella-patiënt was een volwassen man die - bij navraag - geen contacten met zwangere vrouwen had gehad.

Alle 4 hepatitis A-patiënten hadden de besmetting in het buitenland opgelopen. Een patiënt was, ondanks immunisatie voor een reis, toch besmet.

Bij de bacillaire-dysenterie-patiënten werden er 3 met *Shigella Flexneri*, 3 met *Shigella Sonnei* en 4 met dysenteria gemeld. 6 personen liepen de besmetting op tijdens hun vakantie in het buitenland.

De 2 patiënten met malaria *Plasmodium vivax* hadden tijdens hun verblijf in het buitenland geen malaria profylaxe genomen.

De brucelloses-patiënt liep deze besmetting op tijdens een langdurig verblijf in Indonesië. Het betrof een infectie die vanuit een dierlijk reservoir op een mens wordt overgedragen.

De bronnen bij de 3 legionella-patiënten bleken een hotel in Spanje, een hotel in Italië en een onbekend gebleven bron.

De tyfeuze-koortspatiënt liep zijn besmetting op in Turkije.

Gehoord of Gelezen

'Public health'

"Het gebeurt niet vaak dat de lezer in het invloedrijke medische

tijdschrift *The Lancet* stuit op woorden als 'sociale ongelijkheid', 'sociaal beleid', 'groene economie' en 'in actie komen tegen gevestigde belangen'. In nummer 337 van 8 juni 1991 had dit tijdschrift 'public health' als onderwerp, een term waarvoor geen goede Nederlandse vertaling bestaat. 'Maatschappelijke gezondheidszorg' laat zich als een taaie Hollandse sudderlap nauwelijks wegstrijken. 'Sociale geneeskunde' is te zeer geassocieerd met oude structuren om nog een vernieuwend verfe te kunnen doorstaan: de roest slaat er meteen doorheen. Public health dan maar.

De redactie signaleert met het verschijnen van het rapport van Sir Donald Acheson, Public Health in England, een renaissance zowel in de inhoud van het vak als in de belangstelling ervoor en heeft het zelfs over een nieuwe beweging. De nieuwe public health heeft - in Groot-Brittannië - twee elementen in zich: de ontwikkeling van een nieuwe, multisectoriële en multidisciplinaire beweging, en vormgeving van een nieuw soort arts en een nieuw specialisme: 'public health medicine'. Dit specialisme houdt zich niet zo zeer bezig met infectieziektebestrijding of drinkwatervoorziening, zoals de oude public health, maar met ouderdomsziekten, ziekten die samenhangen met industrialisatie en gevolgen daarvan, zoals economische recessie, ongelijkheid in gezondheid en ziekten samenhangend met milieuvervuiling. Volgens de redactie van *The Lancet* heeft de al enige decennia oude kritiek op de curatieve geneeskunde, samen met de escaleerende kosten van de gezondheidszorg en de verschijning van nieuwe infectieziekten als AIDS, een rol gespeeld bij de opkomst van de nieuwe belangstelling.

De nieuwe public health 'beweging' zoekt actieve deelname van groepen en individuen waar het beslissingen betreft die hun gezondheid beïnvloeden. In Engeland zijn al enkele organisaties op dit terrein actief. Zo heeft de Public Health Alliance zich tot doel gesteld de sociale ongelijkheid in gezondheid in het Verenigd Koninkrijk met 25% te reduceren.

Bij de oude public health problemen, die voor het overgrote deel nog altijd treurig actueel zijn, hebben zich de nieuwe epidemieën gevoegd: roken, verkeersongevallen, milieuverontreiniging en infectie met het AIDS-virus. De complexiteit van deze problemen doet het besef groeien dat gezamenlijke actie nodig is met andere wetenschappelijke en maatschappelijke disciplines.

Op beleidsniveau spelen in Groot-Brittannië Directors of Public Health een grote rol als planner, waakhond, en adviseur. Het advies van Acheson dat deze waakhonden geen politiek gevoelig gegrom mogen laten horen - behalve in hun jaarverslag - gaat genadeloos onder het mes van de Lanceteers. Artsen, aldus The Lancet, zijn aan politici niets verplicht, maar wel aan de gemeenschap. 'De Britse sociaal-geneeskundigen werden voornamelijk gezien als onderdeel van het apparaat, reden waarom public health het lange tijd zo slecht deed in Engeland.' Meer dan ooit tevoren heeft public health een sterke, onafhankelijke stem nodig, omdat de public health dokter aan alle kanten vijanden maakt, bijvoorbeeld bij de keuze tussen preventieve en curatieve strategieën. De potentiële vijand reikt hier van politicus tot clinicus. 'De beste public health artsen,' zo besluit het tijdschrift, 'zullen doorgaan met het aanzwengelen van actie op

plaatselijke kwesties en bredere vraagstukken. De taak van public health artsen is, goed geïnformeerd te zijn en moedig genoeg om te handelen op grond van die informatie. Als ze daarbij succes hebben, wordt de volksgezondheid zowel lokaal, nationaal als wereldwijd bevorderd."

(Uit: Tijdschrift Gezondheid en Politiek, september 1991; Meer J. van der. The Lancet haalt TGP links in)

Gehoord in de tandartspraktijk:

'...Ik heb van de huisarts gehoord dat ik binnenkort in verwachting ben...'

'...Ik heb een kaartje van de tandarts gehad voor de herdenking van de controle...'

Patiënt, beetje doof of luistert niet:

'Bent u de tandarts?' 'Nee.' 'Bent u de balie?'

Stelling

Onder mensen met een ernstige ziekte is een grote behoefte eens te vertellen wat er de afgelopen tijd met hen gebeurd is. Zelden treffen ze iemand die slechts luisteren wil.

(Herman ten Kroode, Rijksuniversiteit Utrecht).

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. I. Burger;

Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);

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

mr. H.R. Lingen;

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

Mw. D.J.A. Teuben;

Mw. G.J. Wijkmans;

G.R. de Wildt;

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 3e kw	1991 t/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	8	3	1		17	12
		morbilli (B)			5			5
		(atyp.) pertussis (B) **	1				23	1
		rubella (B)	1		1			2
		tuberculosis (B)	24	32	43		126	99
		parotitis epidemica (C)		1				1
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	88	105	1		364	194
		syphilis prim./sec. (C)	2	4			36	6
		syphilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B)(I)	5		1		15	6
		HIV-infectie/Aids (1) ***	17	3	8			119 ^o
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (3)	12	4	5		31	21
dysenteria bacillaris (B) (3)		2	4	11		20	17	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	4	2	3		22	9	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	2	2			3	4
		Q-fever (B) (5)		1				1
	insectrebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	2	3	5		14	10
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		culacemia (B)						
		brucellosis (B) (5)			1		1	1
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1	1	4		4
cholera (B)								
consumptie		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	12		5		80	17
		febris typhoidea (A)	2		1		1	3
		paratyfus B (B)						
		botulisme (B) (6)						
		contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)					
wondcontact (water/grond/beet)		tetanus (B)						
totaal			166	162	87		757	415

- (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(produkten)
 (6) ook wondbesmetting
 ° cumulatief, vanaf de eerste melding, gecorrigeerd door GHI