

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

'Drugsvrij'-behandelingsprogramma

'Regiovisie' in de psychiatrie

Commentaar 'Verkeerde-beddenproblematiek'

epidemiologie

Haagse ouderen: prioriteit in zorg

en verder o.a.

Projecten:

De gezondheidsenquête onder Scheveningers

Korte berichten

*jaargang 28, 1993
nummer 4*

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

- 'Drugsvrij'-behandelingsprogramma in Den Haag* 3
Ervaringen van twee decennia
- A. Pols
- De zorgafhankelijke psychiatrische cliënt* 8
'Regiovisie' in de praktijk
- H.J.A. Brits
- Commentaar 'Verkeerde-beddenproblematiek'* 12
- J.A. Goosen

Epidemiologie

- Haagse ouderen: prioriteit voor preventie en goede zorg* 14
- G.R. de Wildt en mw. M.C.M. Willems

Projecten

- Alcoholgebruik in stadsdeel Scheveningen* 20
Resultaten van een bevolkingsenquête
- Mw. I. Burger en mw. S.L.M. van der Toorn

- Korte berichten* 28
-

December 1993
28ste 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.

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); R.B.M.R Bakker, arts, Mw. I. Burger;
Dr. M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).

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
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, DHV Den Haag e.o.

Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag

G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag

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

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

Illustraties

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn
Sector GGD Den Haag

Oplage

1.750 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 tennaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

'Drugsvrij'-behandelingsprogramma in Den Haag

Ervaringen van twee decennia

A. Pols

De politie in Den Haag schat dat 80% van de totale criminaliteit in de stad wordt gepleegd door zo'n driehonderd drugsverslaafden. Behandeling van een dergelijke randgroep is van groot belang, ook in een breder maatschappelijk opzicht. De therapeutische gemeenschap Emiliehoeve, deel van het hulpverleningscircuit voor verslaafden van het psychiatrische ziekenhuis Bloemendaal, voorziet in een permanente opvang van veertig verslaafden. Gemeten naar de aard van de verslaving en de geringe kosten van de behandeling geven de resultaten al 21 jaar blijk van succes.

De Emiliehoeve was ooit buitengewoon democratisch van opzet. Met enig cynisme zegt Wayne Laudermilk, manager van het Verslavingscircuit Bloemendaal waartoe de Emiliehoeve behoort: "Het kwam er op neer dat de staf 's ochtends aan het werk ging en de bewoners naar de stad trokken om 'dope' te scoren."

Die gang van zaken veranderde drastisch toen, nu 21 jaar geleden, de psychiater-directeur van de Emiliehoeve, Martien Kooyman, koos voor een meer Spartaanse aanpak, waarmee in Engeland en de Verenigde Staten ervaring was opgedaan. Hij was onder de indruk geraakt van een Amerikaanse ex-verslaafde, die in een therapeutische gemeenschap was afgekickt. Hierin was de gemeenschap therapeut en er heerste een streng regime van degradatie en promotie binnen de groep. Een bezoek aan de Verenigde Staten overtuigde Kooyman van de mogelijkheden die een dergelijke nieuwe opzet bood.

Het oorspronkelijke stramien is nu op een aantal punten veranderd, maar de grote lijnen zijn nog altijd de fundamenteën van de ontwenningprocedure in de therapeutische gemeenschap. En blijken de cijfers die de huidige psychiater van de Emiliehoeve, Chris van der Meer, laat zien en die gebaseerd zijn op twee uitgebreide onderzoeken en een kleinere follow-up, is het een succesformule. Zeker wanneer het extreem moeilijke karakter van de behandeling van hard-drugsverslaafden in aanmerking wordt genomen.

Historisch gezien was het de eerste therapie die bij drugsverslaafden bleek te kunnen werken. Verslavingszorg vond tot de jaren zeventig plaats

Over de auteur

A. Pols, redacteur NRC-Handelsblad

'Drugsvrij'-behandelingsprogramma

in een gangbare, authentieke psychiatrische setting. 'Zoals aan de Parkweg in Amsterdam,' zegt Laudermilk. 'Je had vier boxen voor detoxificatie. Met je pyjama in bed, af en toe er uit voor een plas. En afkicken maar. Dat was het.'

Dat het groeiende probleem van drugsverslaving zo niet kon worden opgelost bleek rond de jaren zeventig, de tijden van de Flower Power. Het gebruik van cannabis, speed, barbituraten en opium maakte plaats voor dat van heroïne en cocaïne. Wereldwijd gezien liep Nederland achterop. Maar rond 1978 kwam heroïne betrekkelijk goedkoop op de markt en vormde zich een groeiende groep gebruikers. In eerste instantie waren die gebruikers te vinden in de 'high class'. 'Twintig jaar geleden sloegen de gebruikers elkaar hier om de oren met teksten van Sartre en Nietzsche,' zegt Laudermilk. 'Tegenwoordig zijn het veeleer gebruikers uit tamelijk kansarme groepen in de maatschappij.'

Kaal geschoren

Het belangrijkste veranderingsproces is het 'sociaal leren' door en van bewoners onderling, zij het begeleid door een therapeutische staf. Dat de gemeenschapsstructuur stabiel is blijkt uit het feit dat 's avonds, 's nachts en in het weekend geen staf aanwezig hoeft te zijn. Dit maakt het model uiteraard ook veel goedkoper dan vergelijkbare behandelvormen voor 'moeilijke mensen'. Een begeleidende staf en een parttime onderwijzer leren de bewoners vaardigheden die ze nooit hebben aangeleerd of in hun verslavingstijd zijn kwijt geraakt.

In 1972 zat de Emiliehoeve meteen vol. Gegadigden voor deelname werd het hoofd kaalgeschoren en een overall aangemeten. Bij een misstap kreeg de overtreder een bord omgehangen met teksten als 'Ik ben oneerlijk' of 'Ik ben een gevaar voor anderen', waarop hij door medebewoners werd aangesproken en tekst en uitleg diende te geven. 'Die dialoog heeft een heilzame werking. Als je hard wordt aangepakt en een aantal van die discussies achter de rug hebt, bemerk je wel dat je een goed mens bent, maar ook een ongelooflijke hufter,' zegt Laudermilk. 'Dat werkt louterend, te meer omdat die opmerkingen niet van een dokter of een verpleegkundige komen, maar van lotgenoten.'

Wie als drugsverslaafde terecht wil komen in het

Verslavingscircuit Bloemendaal dient zich eerst te melden bij het Informatie Centrum Drugshulpverlening (ICD) aan het Zieken, op loopafstand van station Hollands Spoor. De junkies die bij het ICD komen zien vaak geen alternatieven meer. Ze hebben ervaring met de cel, met de methadonverstrekking, met de politie en de straat. Degene die bij het ICD binnenloopt kan zich aanmelden voor een opname in De Weg, de tweede stap, die moet leiden tot een drugsvrij bestaan. Overigens melden zich vanuit het Huis van Bewaring of de gevangenis ook deelnemers, die afkicken uiteindelijk toch verkiezen boven het volmaken van hun detentie. Er wordt dan van een 'drangopname' gesproken.

De Weg is een detoxificatie- en introductiecentrum voor drugsverslaafden. Ze kunnen er in eerste instantie onder medische begeleiding afkicken met methadon. Dat gaat in een vrij vlot tempo. De eerste twee dagen mag men wennen aan de nieuwe omgeving, daarna bestaat het dagprogramma uit sport, muziek, corvee, groepstherapie en creativiteit. Men is meestal binnen tien dagen clean. Ze krijgen niet lang de tijd, maar het is zeker geen 'cold turkey', zegt Van der Meer. 'Je ziek voelen tijdens het afkicken is voor een groot deel een psychische kwestie. Als je alle gelegenheid krijgt je rot te voelen, dan voel je je van zelf rot. Binnen een druk dagprogramma krijg je daar geen of minder de kans toe.' De tijd die een drugsverslaafde in De Weg doorbrengt beslaat ongeveer een maand. Hij wordt lichamelijk onderzocht, consulteert eventueel een psychiater en er wordt gekeken naar oplossingen voor zijn maatschappelijke, justitiële en relationele problemen.

Zonder dwang

Alles gaat zonder dwang. Maar er gelden strakke huisregels. "Numero Uno is dat je 'clean' bent," zegt Laudermilk. Verder wordt er geen alcohol gedronken, geen geweld gebruikt, geen seks bedreven en men mag zich niet aan het dagprogramma onttrekken. Met de bewoner wordt doorgesproken wat de behandelmogelijkheden zijn. In principe leeft de gemeenschap van De Weg alleen met zich zelf. Het bezoek van buiten is beperkt. Na De Weg komen de deelnemers op de Emiliehoeve, waar ze op hun plaats moeten worden gehouden door 'push- en pull-factoren'. De 'push-

Opvang voor verslaafde moeders met hun kinderen

Het Verslavingscircuit Bloemendaal is in november jl. een woon- en behandelproject begonnen voor verslaafde moeders en hun kinderen: Project 4. De vrouwen nemen tijdens hun verblijf deel aan behandelprogramma's, terwijl ze toch zorg blijven dragen voor de opvoeding van hun kinderen.

Wayne Laudermilk en Chris van der Meer zeggen dat hulpverlenende instanties steeds frequenter te maken krijgen met verslaafde vrouwen met jonge kinderen. Behandeling van deze vrouwen is vrijwel onmogelijk in een therapeutische setting als de Emiliehoeve. De omgeving is te heftig en te emotioneel om jonge kinderen op te voeden. In de huidige situatie wordt ambulante begeleiding geboden bij de opvoeding vanuit het zogeheten HADOK-project (Haagse drugsverslaafde ouders en hun kinderen). Daarnaast zorgt de gespecialiseerde crèche De Woezel voor de kinderopvang. Beide projecten zijn niet genoeg 'drempelverlagend' voor behandeling van het verslaafde gezin.

Een woningbouwbedrijf heeft op het terrein van psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal een aantal woningen gebouwd. Het Verslavingscircuit Bloemendaal heeft daarvan een vier-onder-één-kap-huis gehuurd, waar permanent twee verslaafde moeders met hun kinderen - van beneden de tien jaar - per woning kunnen worden gehuisvest. Project 4 van de Emiliehoeve biedt een begeleide,

maar zelfstandige huisvesting voor de moeders met kinderen.

De vrouwen nemen overdag deel aan het programma van Project 4 of één van de andere Haagse programma's. De kinderen worden opgevangen in de crèche of ze gaan naar school. De moeders krijgen verder begeleiding bij de opvoeding van hun kind(eren) door een orthopedagoge en een gespecialiseerde medewerker van het HADOK-project.

Het is het eerste project waarbij een moeder tijdens de behandeling ook echt moeder blijft. De kinderen gaan niet naar een kindertehuis, ze zijn thuis met hun moeder, die een eigen inkomen heeft en zelf huur betaalt voor de huisvesting.

De behoefte aan dit soort projecten wordt steeds groter. Naar schatting worden in Amsterdam jaarlijks vijftig kinderen van een verslaafde moeder geboren. In de regio Den Haag ligt dat cijfer naar schatting tussen 25 en 30. Overigens voorziet Project 4 in principe ook in opname van alcohol- of gokverslaafde moeders.

Het aantal kinderen in de vier woningen kan totaal zestien bedragen. Aanmelding voor deelname aan de behandeling kan lopen via de 'intake' voor de verslavingszorg, maar verwijzing naar Project 4 kan ook lopen via gynaecologen en kinderartsen die de vrouwen en hun kinderen op hun spreekuur krijgen. Ook vertrouwensartsen hebben de mogelijkheid een beroep te doen op Project 4.

factoren' hadden een rol gespeeld bij de aanmelding voor het programma. De steeds zieker wordende relatie met de dealers, met de partner, de uitzichtloosheid, de veelvuldige contacten met politie en justitie drijven de hulpzoekende. En mocht de 'scene' weer zorgen voor aanvechtingen om er vandoor te gaan, dan moeten de 'pull-factoren' zich laten gelden: want hier gebeurt het, de sfeer is goed, je maakt deel uit van een familie, je bent niet alleen, iedereen kampt met hetzelfde probleem. Je weet dat de 'rewards' groter zijn dan de 'punishment'. Je weet dat je verslaafd bent, geen opleiding hebt, misschien deel uitmaakt van een etnische minderheid. Je moet wel, want anders maak je geen kansen en hier ontdek je dat je meer kan dan je dacht.

Vroeg naar bed en werken

Kaal geschoren wordt er nu niet meer en de bewoners dragen geen overalls meer. Voor de staf was het een uitdaging om te variëren op het vaste thema en de uiterlijkheden te laten varen. 'Kaal-scheren, bijvoorbeeld, was begin jaren tachtig toch behoorlijk uit de tijd en die overall leek ons ook niet echt noodzakelijk meer,' zegt Laudermilk.

Het schema is vroeg naar bed, 's ochtends vroeg op en werken. Op de boerderij de beesten verzorgen, bouwvakken, boten opknappen, huishoudelijk werk, administratie, de telefoonpost bemanen, eten koken, boodschappen doen. 'Elke bewoner is ook personeelslid,' zegt Laudermilk.

tabel 1

Percentuele verdeling van de drugsverslaafden naar middelenabususalafhankelijkheid.

Emiliehoeve 1972-1990.

	1972/74	1990
	%	%
Heroïne	53	95
Cocaïne	26	77
Methadon	30	82
Alcohol	27	42
Benzodiazepinen	10	39
Amfetaminen	65	50
Cannabis	89	81

De voorziening is daardoor buitengewoon goedkoop. Op vijf bewoners is één staflid. 'In Nederland gaat jaarlijks in de gehele verslavingszorg evenveel geld om als in één groot Haags ziekenhuis, zegt Laudermilk.

Aan een bord op de muur hangt het actuele schema van de hiërarchie. Wie nu de scepter zwaait binnen de gemeenschap kan door een klein vergrijp weer onder op de ladder belanden. 'Volgende week kan het schema er volkomen anders uitzien,' zegt Laudermilk.

Iedereen is elkaars therapeut. De staf brengt de bewoners vaardigheden bij, zoals kunnen solliciteren, omgaan met geld, schulden saneren, herstellen van verstoorde familierelaties. De groep zorgt, onder sturing van de staf, voor het bijbrengen van normen en waarden in niemand ontziende groeps gesprekken, waarbij gescholden, gemopperd en gediscrimineerd wordt. Maar die tweeënehalf uur durende groeps gesprekken moeten altijd in een oplossing eindigen. Conflicten komen zo boven water en men ontdekt de waarde van vriendschap, openheid, eerlijkheid, respect, kortom de basiswaarden in iedere beschaving. De Emiliehoeve wordt niet geleid door boodschappen van religieuze, politieke of ideologische aard. En door het klimmen in de hiërarchie maakt iedereen mee wat het is verantwoordelijkheid te dragen en bij falen, daarop te worden aangesproken en naar beneden te tuimelen in de hiërarchie.

Een jaar is bepaald niet lang om aldus een terugkeer in de maatschappij voor te bereiden. Vanuit de Emiliehoeve gaan de bewoners dan ook naar

twee re-entryhuizen aan de Groot Hertoginnelaan, beheerd door een stichting genaamd 'Steigers'. Van daaruit moet de ex-verslaafde in één jaar aan het werk zien te komen, direct dan wel via een stage. Tegelijk wordt de therapie afgerond en de deelnemer 'losgemaakt' van het hem inmiddels zo vertrouwde programma van de Emiliehoeve. Hij moet dan verleidingen kunnen weerstaan als geld, drugs en alcohol en zijn zelfrespect hervinden. Halverwege dit terugkeerproces gaat hij zelfstandig op kamers wonen en is zijn rentree in de maatschappij compleet.

Verschuivingen

De Emiliehoeve heeft de afgelopen twintig jaar een vrij nauwgezette registratie bijgehouden van gegevens over bewoners. Naar schatting van Van der Meer zijn nu in totaal ruim 1.200 mensen in behandeling geweest.

Tussen 1972 en 1990 hebben zich belangrijke wijzigingen voorgedaan in de samenstelling van de populatie van de Emiliehoeve.

De gemiddelde leeftijd liep op van 21 naar 29 jaar. Het aandeel vrouwen nam af van 30% tot 26%. Het percentage allochtonen liep op van 6 tot 28.

Heroïnegebruikers vormden begin jaren zeventig ruim de helft van de populatie, nu 95% (tabel 1). Toen gebruikte een kwart cocaïne, nu 77%. Intraveneus drugsgebruik is afgenomen van 65% tot 48%. Belangrijke verschuivingen vormen verder een sterke toename van methadon-, alcohol- en benzodiazepinengebruikers. Het innemen van amfetaminen is afgenomen, evenals het roken van cannabis.

In de beginjaren gebruikte de binnenkomer gemiddeld vijf jaar, nu negen jaar. Een toenemend aandeel deelnemers is al eens veroordeeld voor een misdrijf (toen 40% nu 76%) en heeft al een keer gezeten (gestegen van 29% naar 50%). De huidige bewoner heeft gemiddeld 5,7 behandelingen ondergaan in de beginperiode was dit 1,4.

Over de jaren is het aantal 'uitvallers' stabiel gebleven. Het opstappen en het dreigen daarmee is in de Emiliehoeve voor iedereen zichtbaar. Wie dat overweegt neemt plaats op het 'haircutbankje' bij de deur en verlaat de hoeve uiteindelijk wel, of bedenkt zich.

Een kwart van de binnenkomers is na een maand verdwenen. Na drie maanden loopt de uitval-

curve op naar 45%, na een half jaar naar 55% en van alle binnenkomers blijft uiteindelijk 30% langer dan een jaar in het programma.

Ondanks de hoge drop-out wordt de grote meerderheid van de bedden effectief gebruikt door 'lange blijvers' (84%); 16% wordt als draaideurbed betiteld. Molukkers, Creolen en Antillianen behoren opvallend vaak tot de blijvers, evenals vrouwen. Ernstige psychiatrische problemen of een zeer criminele achtergrond vormen een slechte prognose. Ook opnamen voor de zomer leiden relatief snel tot een mislukking, die geweten zou kunnen worden aan temperatuurswisselingen of vakanties van de staf. Dat laatste fenomeen is overigens nooit in de literatuur beschreven.

Succes

Recent heeft de Emiliehoeve in samenwerking met de Erasmus Universiteit in Rotterdam een mondeling follow-up onderzoek gedaan onder bewoners die tussen 1983 en 1986 langer dan zes maanden op de Emiliehoeve woonden. Bij 61% van deze groep bleek na minimaal drie jaar nog te kunnen worden gesproken van een 'goed succes'. Het begrip succes bij een zo complexe problematiek als drugsgebruik kan niet eenduidig worden gehanteerd. Van der Meer maakt dan ook een uitsplitsing. Van een drugssucces kan worden ge-

sproken als de behandelde geen drugs meer gebruikt of hooguit kortstondig in zijn oude gebruik vervalt. 'Werksucces' is geboekt als de behandelde minstens de helft van de tijd sinds het vertrek uit de re-entry heeft gewerkt. Van een 'legaal succes' wordt gesproken als hij geen criminele activiteiten meer verricht. Van een 'behandelingsucces' is sprake als de verslaafde nadien geen psychiatrische behandeling meer nodig heeft of geen verslavingszorg. Als aan al deze vier criteria wordt voldaan is er sprake van 'totaal succes'. Een 'goed succes' is een resultaat dat wordt gekenmerkt door drugssucces plus twee van de andere successen.

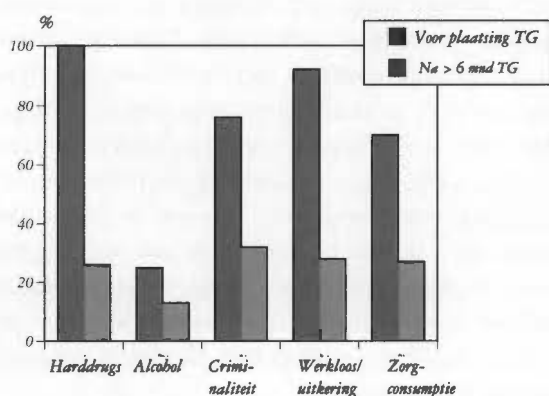
Het succespercentage bleek sterk afhankelijk van de tijd doorgebracht in de Emiliehoeve; terwijl van de kort- verblijvers (zes tot twaalf maanden) slechts 36% tot de 'goed succes' categorie behoren, klimt dit percentage op tot 87 bij voltooiing van het programma. De onderzoeksgroep toont een enorme daling zowel in hard-drugsgebruik, criminaliteit en werkloosheid als in hernieuwde zorgconsumptie (zie figuur 1).

'Cost benefit analyses' van therapeutische gemeenschappen zijn nooit gemaakt, maar zowel Lauder-milk als Van der Meer zijn ervan overtuigd dat die weleens een verrassend positieve uitslag zouden kunnen geven.

De Emiliehoeve telt permanent een veertigtal bewoners. Hoe groot het totale aantal hard-drugsgebruikers is in Den Haag en omtrek is onbekend, maar het aantal wordt ruw geschat op 1.500 tot 2.000. Voor het hele land geldt een even ruwe schatting van 20.000. In Den Haag houdt de politie het er op, dat zo'n driehonderd drugsgebruikers rond 80% van de totale criminaliteit voor hun rekening nemen. Dat lijkt een redelijke schatting gezien het feit dat een zwaar verslaafde voor 150 tot 200 gulden dope per dag nodig heeft.

figuur 1

Behandeleffecten¹⁾ bij bewoners die minimaal zes maanden in de therapeutische gemeenschap (TG) verbleven. Emiliehoeve 1983-1986.



¹⁾Behandeleffect gemiddeld 34 maanden na ontslag

De zorgafhankelijke psychiatrische cliënt

'Regiovisie' in de praktijk

H.J.A. Brits

De vrees lijkt niet ongerechtvaardigd dat bij een nieuw stelsel van de gezondheidszorg, waarbij de markt meer ruimte krijgt, kwetsbare groepen, zoals zorgafhankelijke psychiatrische cliënten, het onderspit gaan delven. Met het instrument van de nog in de wet te verankeren 'regiovisie' kan worden voorkomen dat die groepen in het gedrang komen. Daartoe worden studiemiddagen belegd waarop werkers in de geestelijke gezondheidszorg 'brainstormen'. Duidelijk is nu al dat de zorgafhankelijke psychiatrische cliënt eerder gebaat is met individueel 'opbouwwerk', dan met strikt therapeutische hulp. Maar dan doemt wel een financieel probleem op.

Het leven in een grote stad is psychisch extra belastend. Aspecten als sociaal isolement, multiculturele samenleving, concentratie van verslaafden en dak- en thuislozen, sociale onveiligheid en dergelijke dragen hieraan bij of zijn er het gevolg van. De besturen van de grote gemeenten voelen zich in sterke mate verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheid van hun burgers. Het begrip 'regiovisie' tekent zich hierbij af. Activiteiten in het kader van een regiovisie hebben als doel een regionale zorgstructuur te formuleren zoals die in de naaste toekomst wenselijk wordt geacht. Het instrument regiovisie moet weliswaar nog worden verankerd in de Gezondheidswet, maar de rijksoverheid stemt er volledig mee in, dat provincies en grote gemeenten er al mee (gaan) werken. Tegen de achtergrond van de eerder door de grote steden geuite vrees, dat de aangekondigde stelselwijziging in de gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande marktorientatie onvoldoende bescherming bieden aan kwetsbare groepen in onze samenleving, zou de regiovisie met name aandacht moeten schenken aan chronisch zieken, dementerende ouderen, psychiatrische cliënten, verstandelijk gehandicapten, migranten, verslaafden, dak- en thuislozen en dergelijke. De gemeente Den Haag beschouwt de inhoudelijke invulling van de regiovisie als een gezamenlijke activiteit van alle betrokkenen, dat wil zeggen naast de gemeentebesturen in de stedelijke agglomeratie de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, de patiënten-/cliëntenorganisaties en niet te vergeten de provinciale overheid.

Over de auteur

H.J.A. Brits, beleidsadviseur afdeling Gezondheidszorg. GGD Den Haag

Studiemiddagen regiovisie GGZ

Op 24 maart 1993 organiseerde de Haagse wethouder drs. J.J. Luijten (Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg) een eerste studiemiddag regiovisie voor het beleidsveld geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Den Haag. Naast de provinciale overheid waren de ziektekostenverzekeraars, de zorgaanbieders en de cliëntenorganisaties op het terrein van de GGZ uitgenodigd. Voorgesteld werd te beginnen met een zeer concreet en actueel element van een regiovisie GGZ: de verbetering van de situatie van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt. De gezamenlijke invulling van dit element zou als leermoment fungeren voor de formulering van de totale regiovisie GGZ.

De langdurig zorg-, of misschien liever hulpafhankelijke psychiatrische cliënten vormen niet alleen een probleem voor de hulpverlening, vaak onttrekken ze zich juist aan de hulpverlening, zeker als die wordt geboden in de vorm van therapie. Ze zijn echter vaak zozeer opgesloten in hun eigen wereld of hebben te kampen met een zodanig gebrek aan sociale vaardigheid, dat hun gedrag niet meer aansluit op hun sociale omgeving. Als ze ook het contact met de hulpverlening verliezen, is het gevolg vaak een diep isolement, dat zich uiteindelijk manifesteert in verslaving, in verwaarlozing van zichzelf en de woning, in dak- of thuisloosheid of in combinaties van deze situaties. Daarmee wordt tevens duidelijk, dat deze problematiek zich ook kan uitstrekken naar andere beleidsterreinen, zoals de maatschappelijke dienstverlening, de openbare orde (politie en justitie) en de huisvesting (woningbouwverenigingen).

Onderzoek

Hoe ziet de problematiek van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt in Den Haag er uit? Op de studiemiddag werd afgesproken dat de GGD op korte termijn een onderzoek hiernaar zou verrichten. Daarmee introduceerde de wethouder de in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid geformaliseerde en aangescherpte onderzoeksmatige functie (monitorfunctie) van de GGD. Voor een dergelijk onderzoek moest de GGD wel kunnen beschikken over gegevens die bij de verschillende instellingen aanwezig zijn. De

deelnemers aan de studiemiddag zegden toe de GGD bij de verzameling van de gegevens te zullen bijstaan.

De vragenlijsten hiertoe kregen niet alleen GGZ-instellingen, maar ook instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, ziektekostenverzekeraars, de provinciale overheid en de politie. Daarnaast is een zeventiental interviews gehouden met sleutelfunctionarissen uit de verschillende voor het onderwerp relevante beleidsterreinen. Niet alleen de GGD, maar ook de benaderde instellingen hadden moeite met de wel heel krap bemeten tijd hetgeen tot gevolg had, dat in enkele gevallen de gevraagde gegevens te laat of zelfs helemaal niet beschikbaar kwamen. Maar de wel beschikbaar gekomen gegevens leveren veel interessante informatie op.

Politie en woningbouwvereniging

De problematiek van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt wordt bij uitstek manifest in de ervaringen van politie en woningbouwverenigingen. Buren klagen zowel bij de politie als bij de woningbouwvereniging over de last die ze van deze mensen ondervinden. Het gaat veelal om geluidsoverlast of vervuiling. Lang niet alle Haagse politiebureaus beschikken momenteel al over een geautomatiseerde gegevensverwerking, maar extrapolering van de overgelegde cijfers leert, dat de Haagse politie over een geheel jaar te maken krijgt met vier- à vijfhonderd langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten. Voor problemen in de psychosociale sfeer heeft de politie gespecialiseerde agenten in dienst: de zogenaamde rayonagenten. Om de problematiek enigszins het hoofd te kunnen bieden zou een geregeld overleg tussen rayonagenten, RIAGG-hulpverleners, maatschappelijk werkers en functionarissen van woningbouwverenigingen dienstig zijn. Hier en

In het onderzoek is de volgende definitie gebruikt voor langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten. 'Het betreft hier mensen met aanboudende stoornissen en beperkingen, voortvloeiend uit een psychiatrische problematiek, waardoor ze zich zonder geregelde zorgverlening niet in redelijke mate staande kunnen houden in de samenleving.' Mensen werden tot de onderzoeksgroep gerekend, als ze aan deze definitie voldeden en ten minste twee jaar bekend waren bij de Haagse GGZ. Voor instellingen buiten de GGZ was deze laatste bepaling natuurlijk niet bruikbaar.

daar bestaat zo'n overleg, maar van een structureel netwerk over de hele stad is nog geen sprake. Opvallend is, dat onder die vier- à vijfhonderd langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten relatief weinig allochtonen voorkomen. Niet dat ze er niet zouden zijn, maar kennelijk functioneert de allochtone subcultuur zodanig, dat ze weet te vermijden dat deze mensen met de politie in aanraking komen.

Een belangrijk aspect bij de problematiek van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt is het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Dit houdt in dat zodanige voorwaarden voor reïntegratie van cliënten in de samenleving worden geschapen, dat ze steeds snel uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen, dit om hospitalisering te vermijden. Maar met de realisering van die voorwaarden loopt het wat minder gunstig dan wel wenselijk is. En veel cliënten ontlopen de voorwaarden doordat ze zich na ontslag uit het ziekenhuis geheel onttrekken aan het contact met de hulpverlening. Vervolgens glijden ze af naar zodanig ellendige levenssituaties, dat ze uit wanhoop hun best gaan doen om weer in het psychiatrisch ziekenhuis te worden opgenomen: het spiegelbeeld van het extramuraliseringsbeleid.

De 7x24-uurdienst

De 7x24-uurdienst van de RIAGG's werd in 1992 bijna twaalfhonderd keer bij een crisissituatie geroepen rond een langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt. In 58% van die gevallen vond geen opname plaats. Velen onder hen werden naar de RIAGG verwezen (of de RIAGG naar de cliënt), maar het onttrekt zich aan de waarneming van de 7x24-uurdienst of het contact vervolgens ook daadwerkelijk tot stand is gekomen.

Duidelijk werd, dat aan de communicatie tussen GGZ-instellingen over gezamenlijke cliënten nog veel kan verbeteren. Het zou aanbeveling verdienen als de verschillende computerbestanden op elkaar zouden kunnen worden afgestemd, maar privacy-overwegingen vormen hier nog een beletsel. Als het binnen de GGZ al zo'n probleem is, dan zijn we bijgevolg nog ver af van een totale integratie van gegevens van hulpverlening, politie en woningbouwverenigingen.

Uit de cijfers van de RIAGG's blijkt in elk geval,

dat het mogelijk is nauwkeurig aan te geven hoeveel langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten in iedere wijk van Den Haag woonachtig zijn.

De meest voorkomende diagnose blijkt schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis te zijn. Vrouwen zijn over het geheel genomen enigszins in de meerderheid. Alleen onder *verslaafde* langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten vinden we veel meer mannen.

Ideeën voor verbetering

Oplossingen voor de problematiek van de doelgroep zien de GGZ-instellingen vooral in dagbestedings- en arbeidsrehabilitatieprojecten, in sociale pensions en in case-management. Politie en woningbouwvereniging voelen meer voor intensieve begeleiding thuis. De cliëntenorganisaties staan een integratie van deze benaderingen voor.

Vanuit politie en woningbouwvereniging wordt veelvuldig naar voren gebracht, dat de hulpverlening veel meer 'outreaching' zou moeten werken. Het bleek evenwel, dat de afdeling Sociale Psychiatrie van elk van de drie Haagse RIAGG's per jaar niet minder dan vierduizend huisbezoeken aflegt. Het zou bijzonder interessant zijn om dit gegeven nader te onderzoeken. Waaruit bestonden die huisbezoeken? Welke cliënten werden bezocht?

In het algemeen kan worden gezegd, dat benadering van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt niet zozeer van therapeutische aard moet zijn als wel een soort individueel 'opbouwwerk' moet behelzen, dat wil zeggen een



veelzijdig geheel van stimulerende contacten. Helaas gaat de financiering dan problemen opleveren. De financieringssysteem van de AWBZ is in de eerste plaats afgestemd op therapeutische methoden. Het gezondheidsbeschermende effect van een veelzijdig geheel van stimulerende contacten is hierin nog niet verdisconteerd.

Op 30 juni 1993 werd de tweede studiemiddag regiovisie GGZ georganiseerd. De resultaten van het GGD-onderzoek stonden ter bespreking. Afsproken werd een projectgroep in te stellen met gemandateerde vertegenwoordigers van politie, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en GGD. De projectgroep heeft tot taak enkele voorstellen voor experimenten uit te werken ter verbetering van de situatie van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten. De voorstellen zullen in januari 1994 tijdens een derde studiemiddag regiovisie GGZ worden gepresenteerd.

Commentaar 'Verkeerde-beddenproblematiek'

J.A. Goosen

Een inventarisatie van de actuele stand van de 'verkeerde-beddenproblematiek' in het vorige Epidemiologisch Bulletin gaf een diffuus beeld te zien. Direct betrokkenen bleken uiteenlopende visies te hebben op het probleem. Voor J.A. Goosen, voorzitter van de Stedelijke Ouderencommissie 's-Gravenhage liegen de wachtlijsten voor verpleeghuizen en psychogeriatrische inrichtingen echter niet. Zijn conclusie is duidelijk: 'Het probleem bestaat nog steeds en er zijn nog geen aanwijzingen dat dit probleem vermindert.'

Het ligt op mijn weg dat ik de visie laat horen van de oudere gebruikers over de 'verkeerde-beddenproblematiek'. Maar ik voel mij verplicht eerst commentaar te geven op het artikel over dit onderwerp in het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin (1).

De waarde van dit artikel is, dat naar voren komt dat over de verkeerde-beddenproblematiek zeer uiteenlopende meningen blijken te bestaan. Maar ik heb ernstig bezwaar tegen het feit dat dit artikel er naar tendeert de problematiek te ontkennen. Zo is te lezen: 'Volgens de één bestaat de problematiek niet meer, volgens anderen heeft die nooit bestaan' en deze opmerkingen worden ook niet kritisch gezien. Deze opmerkingen kwamen van Bakker, directeur van het Westeinde Ziekenhuis en van De Vreeze, directeur van de Katholieke Stichting voor Verzorging en Verpleging. Bakker stelde dat de verkeerde-beddenproblematiek 'vrijwel opgelost' lijkt te zijn en hij meent dat dit ligt aan een betere doorstroming in de verpleeghuizen. Volgens De Vreeze is het 'een fictief probleem' want de oorzaak zou schuilen in de politiek van de algemene ziekenhuizen de verpleegduur te verlengen om leegstand te beperken. Hij is van mening dat 'we ons druk maken om een groep die een steeds kleiner deel van de bevolking uitmaakt en waar goed voor wordt gezorgd'.

Het antwoord op de vraag of dit probleem bestaat valt af te lezen uit de stand van de wachtlijsten bij de verpleeghuizen. Is er inderdaad sprake van een betere doorstroom?

Voor de somatische verpleeghuizen is het aantal wachtenden vrijwel constant: in 1990 gemiddeld

Over de auteur

J.A. Goosen, voorzitter van de Stedelijke Ouderencommissie 's-Gravenhage

84, in 1991 79 en in 1992 87, momenteel 68. Van de wachtenden wordt 67% binnen twee weken geplaatst en 87% binnen vier weken. De wachttijd hangt samen met de tijd voor behandeling van de aanvragen en voor de langwachtenden met het feit dat ze voorkeur hebben voor een verpleeghuis met een lange wachttijd. Daar ligt dus geen probleem.

Voor de psychogeriatrische verpleeghuizen blijft de situatie ernstig. Het aantal AWBZ-geïncideerden liep op: in januari 1993 wachtten er 438 mensen op plaatsing en op 28 september 1993 513. Volgens opgave van het Bemiddelingsbureau voor Verpleeghuizen in 's-Gravenhage liep het aantal wachtenden met een wachttijd tot zes maanden in 1992 in vergelijking met 1991 terug met 5,9% tot 81,6%. Maar volgens het bemiddelingsbureau is deze schijnbare verbetering in eerste instantie een uitvloeisel van een stringente urgentiebepaling. Deze betreft alleen het aantal wachtenden met noodzaak tot opname. Volgens het bemiddelingsbureau is de doorstroom niet verbeterd. De gemiddelde wachttijd ligt gestabiliseerd op 3,7 maanden.

Of de verkeerde-beddensituatie al of niet verbeterd valt ook af te leiden uit het beloop van het aantal M15-dagen (verpleegdagen zonder medische noodzaak). Volgens Haaglanden/Nuts waren dat er in 1991 49.279 en Wissink gaf mij voor 1992 48.615 op, dus, zoals Bakker aangaf voor het Westeinde Ziekenhuis, praktisch stabiel.

De conclusie moet dus zijn dat de verkeerde-beddenproblematiek nog steeds bestaat en onverminderd voortduurt.

Wat vinden de ouderen?

De Stedelijke Ouderencommissie 's-Gravenhage (SOC) heeft er reeds verscheidene malen op gewezen dat verpleeghuisgeïndiceerden die langer dan nodig in een ziekenhuis moeten verblijven, niet de verzorging en verpleging krijgen die aansluit op hun ziektebeeld. Vooral voor psychogeriatrische patiënten komt daar nog bij dat hun ziektebeeld in een ziekenhuis nog verergert. De heer Bakker bevestigde dit: 'Juist ook uit medisch oogpunt liggen deze mensen verkeerd. Ze worden hier steeds dementer, steeds gedesoriënteerder en hebben geen kans te revalideren. Een verpleeghuis biedt natuurlijk een veel meer gerichte zorg'.

Gewoonweg schokkend zijn voor mij de klachten in het desbetreffende artikel wat betreft de

politiek van ziekenhuizen om een drempel op te werpen alvorens tot opname van een psychogeriatrische patiënt over te gaan. Zowel het RIAGG als het bemiddelingsbureau en het ziekenfonds bevestigen deze tendens. In het artikel wordt dit echter wel sterk gegeneraliseerd. Bijvoorbeeld over het Bronovo Ziekenhuis hoor je zoiets niet en de slechtste naam heeft het Rode Kruis Ziekenhuis. Als er dan nog een systematische leeftijdsdiscriminatie bijkomt, zoals Reynders van de RIAGG stelt, is het wel helemaal mis.

Wel krijgen patiënten die voor opname zijn aangewezen en thuis verblijven altijd voorrang en blijven psychogeriatrische patiënten in een ziekenhuis daar dan automatisch langer liggen. Zelfs blijkt RIAGG Haaglanden (de randgemeenten) de aanvragen voor indicatie van ziekenhuispatiënten als regel zeer sterk te vertragen.

Terugverwijzing naar huis is voor deze AWBZ-geïndiceerden vrij moeilijk omdat er hetzij geen passende verzorging is hetzij de mantelzorg deze weigert nu eenmaal de druk van de ketel is. Een gelukkige regeling is daarbij dat EHBO-patiënten niet direct naar huis moeten, maar de gelegenheid bestaat hen nog twee maal 24 uur als M10 (poliklinisch dagtarief) in het ziekenhuis te laten verblijven.

De beschuldiging van De Vreeze dat de ziekenhuizen er bewust naar zouden streven de opnameduur te verlengen om zodoende de leegstand te verminderen, is evident onjuist. Iedereen weet dat ziekenhuizen de opnameduur steeds verder hebben verkort en dat nu al wordt gestreefd naar poliklinische behandeling.

Mijn conclusie is duidelijk: de verkeerde-beddenproblematiek bestaat nog steeds en er zijn nog geen aanwijzingen dat dit probleem vermindert. Het is van het grootste belang dat de situatie in de psychogeriatrische verpleeghuizen verbetert. In haar nota 'Inzake de zorg aan psychogeriatrische patiënten in Den Haag' d.d oktober 1990 heeft de SOC daarvoor vele waardevolle aanbevelingen gegeven.

En ten slotte is dringend nodig dat maatregelen worden genomen tegen ziekenhuizen (of daar werkende specialisten) die opname van psychogeriatrische patiënten tegenwerken of nog erger deze binden aan leeftijdsgrenzen.

Literatuur:

1. A. Pols. Verkeerde-beddenproblematiek. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr 3: 3-6.

Haagse ouderen: prioriteit voor preventie en goede zorg

G.R. de Wildt en mw. M.C.M. Willems

Eén van de grootste problemen van de gezondheidszorg in Den Haag is de dubbele vergrijzing en het verlies aan sociale steun bij ouderen. Welk beleid staat daar tegenover? De auteurs geven een beeld van Haags, landelijk en internationaal onderzoek en mogelijke toekomstige medische interventies bij ouderen. Opvallend is dat de ouderen zelf een uiterst somber toekomstbeeld koesteren: individualisering en onthechting en een tanende bereidwilligheid om iets voor de medemens te doen.

Den Haag wordt op het gebied van gezondheid van en zorg voor ouderen gesteld voor de problematiek van de grote stad, voorzover die samenhangt met onder meer dubbele vergrijzing en verlies van sociale steun. Tegen deze achtergrond voerde de vakgroep Epidemiologie van de GGD een verkenning uit, die 'Epidemiologische bouwstenen voor ouderenbeleid' heet. Deze verkenning beoogde knelpunten en trends in kaart te brengen van de huidige en de toekomstige gezondheid van en zorg voor ouderen. Dit kan het tijdig formuleren en bijstellen van beleid bevorderen. Hierbij is ook rekening gehouden met eerder onderzoek onder ouderen dat in Den Haag is gehouden (1)(2)(3)(4).

Om zicht te krijgen op mogelijke knelpunten voerden we een drietal samenhangende activiteiten uit. We doken in Haagse, landelijke en internationale literatuur op het gebied van ouderen en gezondheid. Ook interviewden we sleutelfiguren uit de ambtelijke wereld, de zorgsector en ouderenbonden en ten slotte hield één onzer gesprekken met ouderen zelf.

Waarom houden de gemeentelijke epidemiologen zich bezig met het zoeken naar knelpunten in gezondheid en zorg? De noodzaak van het leggen van epidemiologische bouwstenen voor beleid vloeit voort uit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), die de gemeente gebiedt de gezondheid van haar burgers te monitoren. De monitoring volgt ook uit beleidsvoornemens als weergegeven in de nota 'Beter

Over de auteurs

G.R. de Wildt, arts-epidemioloog en mw. M.C.M. Willems, drs. in de gezondheidswetenschappen, beiden (tijdelijk) werkzaam op de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

Gezond', 'Nieuw voor Oud', en recente aanwijzingen vanuit de Haagse politiek. Er staat een nieuwe, gemeentelijke nota 'Integraal Ouderenbeleid' op stapel, waarin naar verwacht een deel van onze bevindingen zijn weerslag zal vinden. Het gemeentebestuur kan invloed uitoefenen op gezondheid en welzijn van ouderen, onder andere in haar huisvestingbeleid en via de gelden die beschikbaar zijn in het kader van het 'flankerend ouderenbeleid', terwijl gemeentelijk beleid voor bijvoorbeeld de ruimtelijke ordening, het verkeer en de sociale veiligheid ook van invloed kan zijn. Daarnaast heeft de gemeente de mogelijkheid initiatieven te nemen om probleemvelden onder de aandacht te brengen van zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars.

Demografie nu en in de toekomst

Den Haag is de meest vergrijsde grote stad van Nederland (tabel 1). Eén op de vijf Hagenaars is 65 jaar of ouder. Zoals te zien is in tabel 1 zal in de toekomst het relatieve aandeel van 65-plussers aanzienlijk afnemen. Het aandeel 80-plussers neemt echter veel minder af (tabel 2). Hierbij moet worden aangetekend dat de Haagse regio een ander beeld te zien geeft: in de randgemeenten zal het aandeel en aantal 65-plussers

tabel 1
Percentage 65-plussers in de vier grote steden en Nederland in 1991 en 2000.

	1991 %	2000 %
Den Haag	19,0	15,0
Amsterdam	14,2	12,0
Rotterdam	16,6	14,9
Utrecht	13,6	12,0
Nederland	13,0	14,0

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

aanzienlijk toenemen, waarmee de afname in Den Haag deels teniet wordt gedaan.

Binnen Den Haag zijn er opvallende verschillen (tabel 3 en 4 op blz. 16). Escamp en Haagse Hout zijn stadsdelen met een relatief oude bevolking. Het stadsdeel Centrum heeft in verhouding een jonge bevolking. Dat berust goeddeels op het grote aandeel allochtonen dat daar woont: die hebben vaak veel kinderen.

Binnen de groep allochtonen stijgt het percentage 65-plussers van 2 in 1991 naar 3 in 2005; het

tabel 2
Leeftijdopbouw van de bejaardenbevolking. Den Haag, 1991 en 2005.

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
65-plussers						
1991	26.269	5,9	53.939	12,1	83.808	18,8
2005	22.348	5,2	37.423	8,8	59.771	14,0
waarvan:						
65-79-jarigen						
1991	20.495	4,6	38.235	8,6	62.339	14,0
2005	17.165	4,0	22.599	5,3	39.764	9,3
80-plussers						
1991	5.774	1,3	15.704	3,5	21.478	4,8
2005	5.183	1,2	14.824	3,5	20.007	4,7

Bron: Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling Den Haag

tabel 3

Ouderen naar leeftijdsgroep per stadsdeel. Den Haag 1992.

	65-plussers		65-79-jarigen		80-plussers		Totale bevolking = 100%
	Abs	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.
Stadsdeel							
Loosduinen	10.884	22,8	7.767	16,3	3.117	6,5	47.667
Escamp	23.755	24,5	18.217	18,8	5.538	5,7	96.871
Segbroek	10.442	16,1	7.511	11,6	2.931	4,5	64.752
Scheveningen	11.614	20,5	8.170	14,4	3.444	6,1	56.763
Centrum	8.914	9,1	6.533	6,7	2.381	2,4	97.185
Laak	4.719	12,5	3.457	9,1	1.262	3,4	37.824
Haagse Hout	11.473	26,0	8.158	18,5	3.315	7,5	44.153

Bron: Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling Den Haag

blijft dus een relatief jonge bevolking. Echter, van de totale groep Haagse 65-plussers in de bevolking stijgt het aandeel allochtone ouderen van 1,5% nu naar 7,5% in 2005 (5).

Het is over het algemeen moeilijk om demografische voorspellingen te doen voor een langere periode. Het lijkt echter vrijwel zeker dat rond 2020 de oudere allochtonengroep absoluut en relatief zéér aanzienlijk zal stijgen.

In Nederland leven vrouwen gemiddeld langer dan mannen: 80 jaar tegen ongeveer 74 jaar. De bevolking van 65 jaar en ouder bestaat dan ook voor twee derde uit vrouwen; die van 80 jaar en

ouder zelfs voor drie kwart.

Aan dit gemiddeld langere leven voor vrouwen kleeft voor hen ook een keerzijde: Vrouwen brengen de jaren die ze langer leven dan mannen *gemiddeld* in ongezondheid door. De gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen is met ongeveer 60 jaar namelijk vrijwel gelijk. Verwacht wordt dat de gemiddelde levensverwachting voor beide sexen met ongeveer 2,3 jaar zal toenemen, maar dat wellicht de helft daarvan in ongezondheid zal worden doorgebracht (6).

Alleenstaand en sociale steun

Ouderen komen vaak alleen te staan. Alleen staan kan op zichzelf ook ongezondheid in de hand werken: eenzaamheidsgevoelens kunnen optreden, die weer depressie in de hand kunnen werken, vooral bij het niet tijdig vinden van adequate hulp. Bovendien valt voor veel ouderen sociale steun, anders dan die van een partner, langzaam weg. In de toekomst kan dat worden versterkt door demografische verschuivingen. Veel 65-plussers van nu zijn kinderrijk, maar voor de generatie die nu 50-55 jaar of jonger is, geldt dat niet. Bovendien verhuizen kinderen vaker naar elders, terwijl de (schoon)dochters steeds meer werken en de mannen de mantelzorg niet overnemen. Voorts zijn er maatschappelijke ontwikkelingen - individualisering en onthechting van bijvoorbeeld kerken en verenigingen - die de vorming van sociale netwerken tenietdoen (7). Daar staat tegenover dat meer toekomstige ouderen een betere opleiding hebben

tabel 4

Prognose aandeel 80-plussers per stadsdeel.
Den Haag, 1992 en 2007.

	1992	2007
	%	%
Loosduinen	6,6	9,7
Escamp	5,7	6,3
Segbroek	4,5	3,4
Scheveningen	6,0	5,6
Centrum	2,4	1,5
Laak	3,3	1,4
Haagse Hout	7,5	8,3

Bron: Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling Den Haag

genoten dan de huidige ouderen: dat kan wellicht bijdragen tot het instandhouden van een sociaal netwerk en het gemakkelijker krijgen van toegang tot zorg.

Essentieel is dat problemen van sociale steun en gezondheid bij ouderen goeddeels vrouwen betreffen. Vrouwen leven langer, overleven hun mannelijke partner (die dikwijls hulpbehoevend was geworden en voor wie ze zorgden) en zijn intussen zelf ongezond geworden. Dit is niet louter theorie: een Rijswijkse wethouder gaf onlangs aan dat ze geschrokken was van het grote aantal alleenstaande vrouwen van vijftig jaar en ouder, die 'verpieteren' (8).

Geneeskunde, gezondheid en zorg in de toekomst

Wat kunnen we verder van de gezondheid van ouderen in de komende decennia verwachten? Er zijn geen doorbraken in de geneeskunde in zicht die voor ouderen een dramatische verbetering in de gezondheid zullen opleveren. Wel zal door onder meer chirurgische technologie en thuiszorgtechnologie de mobiliteit van veel ouderen binnens- en buitenshuis kunnen toenemen (9). Dat laatste moet echter wel mogelijk worden gemaakt door adequate organisatie en inhoud van eerstelijnsvoorzieningen, inclusief thuiszorg. Hier bestaan hindernissen, bijvoorbeeld de tekorten in de thuiszorg en een dreigend tekort aan huisartsen, waarvan de contouren al in een aantal achterstandsbuurten van grote steden in ons land te zien zijn (10).

Sleutelfiguren en groepen ouderen

De voorgaande bevindingen hebben we opgedaan uit literatuurstudie, met inbegrip van Haagse bevolkingsprognoses van de Dienst Ruimtelijke en Economische en Ontwikkeling (2). Om deze kwantitatieve, 'harde' gegevens meer betekenis te geven zijn we ook 'het veld' ingegaan, op zoek naar indrukken en meningen.

Daarbij hebben we ons tot twee 'bronnen' gewend. Ten eerste tot sleutelfiguren uit de ambtelijke wereld, de zorgsector en vertegenwoordigers van ouderenorganisaties (in totaal 12 mannen en 1 vrouw). In de tweede plaats richtten we ons tot drie groepen ouderen (in totaal 22 vrouwen en 1

man) die vrij vertelden over hun ervaringen en gaven hun mening over gezondheid, zorg en preventie in het heden en in de toekomst. Deze 'focusgroepen'*, hoewel niet statistisch representatief, vertegenwoordigen meer de 'gewone' ouderen en geven vaak een helder beeld van wat er leeft.

Welke bevindingen kwamen hierbij naar voren? Zowel sleutelfiguren als groepen ouderen vinden dat Den Haag in sommige opzichten een voorloper is op het gebied van ouderenbeleid. Met name de diversiteit aan woonvoorzieningen springt eruit, terwijl ook de uitgesproken aandacht in het afgelopen jaar van het gemeentebestuur voor ouderen positief wordt gewaardeerd. Daar staat wel wat tegenover. Terwijl de sleutelfiguren de stadsdeelgerichte inrichting van het welzijnswerk voor ouderen gunstig beoordelen, zien de geïnterviewde groepen ouderen hier nog geen vooruitgang. Dezelfde groepen ouderen geven ook aan dat er allerwegen ernstige kwalitatieve en kwantitatieve tekorten zijn in bijvoorbeeld de thuiszorg, dit neemt niet weg dat aan de goede bedoelingen en de inzet van individuele zorgverleners niet wordt getwijfeld. De oorzaak wordt eerder gezocht in het beleid van de overheid en van de financiers. Er zijn lange wachtlijsten en de zorg wordt steeds meer gefragmenteerd. De recente samenvoeging van gezinszorg en kruiswerk heeft in de ogen van de ondervraagden nog niet tot betere zorg kunnen leiden. De problemen worden er niet gemakkelijker op nu de verzorgingstehuizen moeten inkrimpen. Zorgbehoefte ouderen zullen meer thuis wonen, terwijl er geen enkele aanwijzing is dat de overheid en ziekte kostenverzekeraars substantieel meer middelen voor de thuiszorg beschikbaar zullen stellen.

Sleutelfiguren en groepen ouderen merkten ook op dat in het algemeen gesproken de bureaucratische beknellingen van de ziektekostenvergoedingen vaak een sta-in-de weg zijn voor betere zorg op maat.

* Focusgroepdiscussies maken deel uit van een zogenaamde kwalitatieve methode om snel en diepgaand inzicht te krijgen in opvattingen en ervaringen van doelgroepen. In de praktijk leveren ze informatie op die via kwantitatief onderzoek (grootschalige gesloten vragenlijsten) niet of pas na veel tijd en moeite aan de oppervlakte komt.

Somber toekomstbeeld

Uit de gesprekken met de focusgroepen kwam naar voren dat veel ouderen buitengewoon somber zijn over de toekomstige ontwikkelingen. Er zijn nu al grote tekorten in de formele eerstelijnszorg en niets wijst erop dat dat drastisch gaat verbeteren. Ook in de informele zorg loopt het vaak spaak. Vrijwilligers vergrijzen en worden schaars en de plaatselijke overheid heeft geen overtuigend en zichtbaar beleid ten aanzien van mantelzorg, stellen zij. Huidige ouderen houden hun hart vast voor de volgende generatie ouderen. Een aantal van hen krijgt wellicht te maken met aanslagen op hun sociale zekerheid, hogere eigen bijdragen en voortgaande bezuinigingen op de zorg. Door de individualisering en onthechting zal mogelijk ook de bereidwilligheid afnemen om - om niet - iets voor de medemens te doen. Er kan een tweedeling ontstaan: ouderen die zich op grond van hun inkomen met hun pensioen kunnen redden aan de ene kant en daartegenover degenen die alleen AOW ontvangen en daaruit ook eigen bijdragen dienen te betalen.

Lokaal en regionaal beleid

In het voorgaande zijn enkele bevindingen aangestipt, die elders in meer detail zijn beschreven (11)(12).

Wat kunnen het veld en de gemeentelijke instellingen met zulke gegevens doen?

De gemeente en het veld hebben een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om tot goede preventie en zorg te komen. Die verantwoordelijkheid is van groot belang, zeker nu de gezondheidszorg in beweging is, terwijl de toekomst van het zorgverzekeringsstelsel met veel vraagtekens is omgeven. Een van de mogelijkheden om de discussie over de inhoud van de zorg - zowel preventief als curatief - te bevorderen is het overleg over de 'regiovisie': een forum waar gemeente, zorgverzekeraars, zorgverleners en zorgvragers bijeenkomen.

Op grond van onze verkenningen liggen een aantal aandachtsvelden voor de hand:

- de reeds nu bestaande kwantitatieve en kwalitatieve tekorten in de formele en informele zorg en de mogelijkheid dat die nog ernstiger kunnen uitpakken bij uitblijven van structurele verbeteringen en bij voortgaande demogra-

fische en maatschappelijke ontwikkelingen;

- de wenselijkheid om voor ouderen tot betere preventie en zorg te komen bij situaties waarin verbetering kan worden geboekt (bijvoorbeeld bij door eenzaamheid in de hand gewerkte depressie);
- de wenselijkheid van het beter en sneller kunnen vaststellen van knelpunten. Dit kan worden bevorderd door veld en gemeente te laten samenwerken op het gebied van 'monitoren', maar ook, bijvoorbeeld, door bestaande registratiesystemen beter op elkaar af te stemmen.

Tot slot: Er moet nooit uit het oog worden verloren dat veel ouderen niet ziek en hulpbehoevend zijn. Een positieve beeldvorming, en nadruk op de vele mogelijkheden die ook ouderen hebben en op de inbreng die ze leveren zijn essentieel!

Literatuur:

1. Anoniem. Ouderen bezocht. Onderzoeksrapportage van de experimenten welzijnsbezoek en verjaardagbezoek in het kader van het actiepunt 'health visiting' uit de nota 'Beter gezond' van de gemeente 's-Gravenhage. Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp. Den Haag 1991.
2. Anoniem. Bezoekproject ouderen Staten- en Geuzenkwartier. Ouderenwerk, Henri Couveehuis. Den Haag 1991.
3. Post MWM, Elberse WP, Schrijvers AJP. Ouder in Den Haag. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie. Rijksuniversiteit Utrecht 1989.
4. Wolffensperger EW, Geritsen JC, Heuvel WJA van den. Zorgverlening aan ouderen in 's-Gravenhage. Inventarisatie in het kader van het evaluatie-onderzoek sociale psychiatrie. Rijksuniversiteit Groningen 1985.
5. Planningsprognoses ouderen tot 2005. Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling. Den Haag, 1992.
6. Volksgezondheid Toekomstverkenning. De gezondheidstoekomst van de Nederlandse bevolking in de periode 1950 - 2010. Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en milieuhygiëne. Sdu Uitgeverij, Den Haag 1993.
7. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg. geactualiseerde scenario's over gezondheid en vergrijzing 1990-2005. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Zaventem 1992.
8. Poll M. Grote letters voor oudere vrouwen. NRC-Handelsblad: 24 september 1993.

9. Stuurgroep Toekomstscenario's gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg: van trends uit het verleden naar ramingen voor de toekomst. *Med Contact* 1992; 47 nr. 12: 367-72.
 10. Berg H van den. De thuiszorg en de methodiek van de kaasschaaf. *NRC-Handelsblad*: 14 april 1993.
 11. Willems M.C.M., Wildt G.R. de. Werkdocument Epidemiologische Bouwstenen voor Ouderenbeleid. GGD, vakgroep Epidemiologie. Den Haag 1993.
 12. Willems M.C.M. Een rondje door oud Den Haag. Een verkenning naar huidige en toekomstige ontwikkelingen en knelpunten in de ouderenzorg. Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, 1993.
-

Alcoholgebruik in Stadsdeel Scheveningen

Resultaten van een bevolkingsenquête

Mw. I. Burger en mw. S.L.M. van der Toorn

Scheveningen nader bekeken. In dit bulletin de resultaten van een onderzoek naar het alcoholgebruik van de Scheveninger. Daar komt uit dat in stadsdeel Scheveningen niet overmatig wordt gedronken nog wijkt het stadsdeel anderszins af van het gemiddelde Nederlandse drankpatroon. Geen reden echter om daar verder aan voorbij te gaan. Vijftien procent van de mannen drinkt excessief en één op de vijf alcoholgebruikers zoekt zijn heil in drank om problemen of gevoelens van onlust te vermijden. Tegen die oorzaken zal uit een oogpunt van volksgezondheid collectief gerichte activiteiten worden geïntensiveerd.

In Nederland is de toename van het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking na 1975 tot stilstand gekomen en recent is het zelfs enigszins gedaald (vooral onder mannen). Echter deze op zichzelf gunstige trend bedekt gemakkelijk verschuivingen in drinkpatronen onder de bevolking. Zo vindt het drinken van alcohol op steeds jongere leeftijd plaats, hetgeen blijkt uit het stijgend aantal alcoholgebruikers in de leeftijdscategorie 15-17-jarigen. Vrouwen drinken meer dan vroeger en er wordt bij meer gelegenheden en vaker gedronken (1)(2)(3).

De nadelige gevolgen van overmatig alcoholgebruik, door het ontremmende en verslavende effect, zijn alom bekend en behoeven weinig toelichting. De alcoholverslaafde ondervindt vroeg of laat lichamelijke en/of geestelijke gezondheidsschade. Ook zijn of haar directe omgeving lijdt onder (de gevolgen van) de verslaving en de gemeenschap ondervindt onder andere nadeel door de stijgende

Over de auteurs

Mw. I. Burger, onderzoeker en mw. S.L.M. van der Toorn, drs. in de klinische en gezondheidspsychologie, beiden (tijdelijk) werkzaam op de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

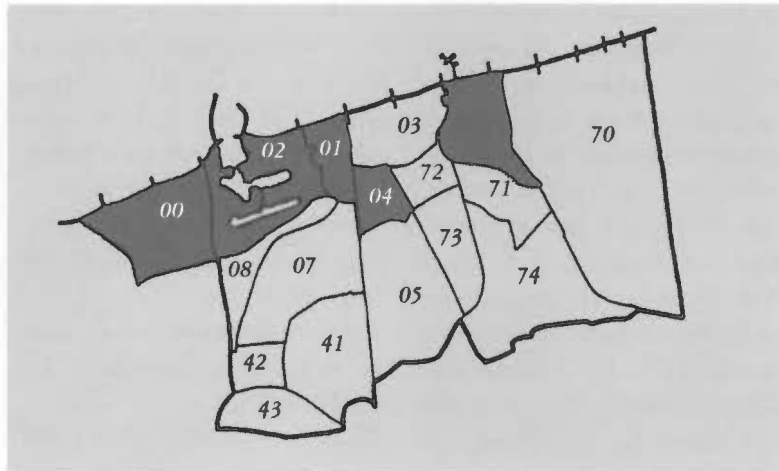
kosten van de (alcohol)hulpverlening en van het justitiële apparaat en de kosten die voortvloeien uit arbeidsongeschiktheid en verkeersongelukken (4).

Vanwege deze nadelige gevolgen is preventie c.q. beperking van, vooral regulier, overmatig alcoholgebruik van groot belang. Het (gemeentelijke) overheidsbeleid beoogt doelgroepgericht het alcoholgebruik te matigen. Voor lokale preventieactiviteiten is daarom inzicht nodig in de mate en de wijze van het alcoholgebruik door de bevolking. Vragen over alcoholgebruik worden derhalve in vrijwel alle gezondheidsenquêtes meegenomen, zo ook in de enquête die in 1992 in stadsdeel Scheveningen onder bewoners van 18 jaar en ouder is gehouden. 57% van de bewoners heeft beantwoord aan het verzoek de enquête in te vullen.

Aan de bewoners van stadsdeel Scheveningen is gevraagd of ze wel eens een alcoholhoudende drank drinken. Was dit het geval dan kregen ze een set aanvullende vragen voorgelegd: over de mate van alcoholgebruik; over de drinkcultuur (wat wordt gedronken, waar wordt gedronken, wat vindt men ervan); over de motivatie tot alcoholgebruik en over de ervaren nadelige gevolgen van alcoholgebruik. Deze set vragen is consciëntieus ingevuld: slechts 2% sloeg regelmatig vragen over. De keuze van de vragen heeft in nauw overleg plaatsgevonden met het PRADIN, onderdeel van de Sector Preventie van het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat' in Den Haag.

Een inventarisatie van overmatig alcoholgebruik kan op

figuur 1
De buurten in stadsdeel Scheveningen met gerasterd de aandachtsgebieden¹⁾



Buurtnr.	Naam buurt	Buurtnr.	Naam buurt
00	Duindorp	41	Zorgvliet*
01	Oud-Scheveningen	42	Stadhoudersplantsoen
02	Vissershaven	43	Sweelinckplein e.o.
03	Scheveningen-badplaats	70	Oostduinen
04	Visserijbuurt	71	Belgisch Park
05	Van Stolkpark/Scheveningse Bosjes*	gerast.	Harstenhoekkwartier
07	Statenkwartier	72	Rijslag
08	Geuzenkwartier	73	Westbroekpark*
		74	Duttendel*

* 'Groene Strook'

¹⁾ Deze gebieden zijn geselecteerd vanwege relatief ongunstige sociaal-economische omstandigheden en woon- en leefklimaat van de bewoners. Via subsidies en andersoortige extra inzet tracht de gemeente voorzieningen te verbeteren en voorwaarden te creëren om de achterstand in overleg met de bewoners te verminderen.

De gezondheidsenquête in stadsdeel Scheveningen is onderdeel van het project 'Gezond Scheveningen'. Het project heeft als doel de gezondheid van de bewoners te bevorderen. Intersectorale samenwerking van instellingen en bewonersparticipatie zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.

In april 1992 heeft de GGD onder 4.000 mensen in stadsdeel Scheveningen een schriftelijke enquête afgenomen (deelname bijna 60%). Geïnformeerd is naar de gezondheid en situaties die het niveau van gezondheid mede kunnen bepalen, zoals het leef- en woonmilieu, het hebben van sociale contacten en dergelijke. Daarnaast is de mening gevraagd van een groot aantal sleutelfiguren werkzaam in het stadsdeel.

Over laatstgenoemde exercitie en de gezondheidsenquête is in vorige nummers van het Epidemiologisch Bulletin reeds verslag gedaan (1990 nr. 4; 1992 nr. 3 en 1993 nr. 1, 2 en 3).

In samenspraak met bewoners, betrokken disciplines en instanties zal op basis van prioriteitsstelling, haalbaarheid, ervaringen en uitkomsten van het onderzoek invulling gegeven worden aan (stimulering van) (vervolg-)activiteiten ter bevordering van de gezondheidssituatie van de bewoners van stadsdeel Scheveningen.

verschillende manieren gebeuren. Het kan worden opgevat als een ziekte (medisch-somatisch en psychiatrisch model) (5). Hiermee wordt de (lichamelijke) afhankelijkheid van alcohol benadrukt (verslaving). Een andere benadering is, zoals Garretsen doet, om juist de problemen die gepaard gaan met overmatig alcoholgebruik te benadrukken en het als een gedragsprobleem te zien (sociologisch model) (6)(7). De (lichamelijke) afhankelijkheid is bij hem *geen* voorwaarde om een alcoholprobleem te onderkennen. In de gezondheidsenquête in stadsdeel Scheveningen is voor deze laatste benadering gekozen. Garretsen spreekt in dat verband over 'probleemdrinken' *.

Door wie en wat wordt gedronken?

Van de bewoners van stadsdeel Scheveningen (figuur 1) drinkt 77% incidenteel of regelmatig alcoholische dranken. Dit alcoholgebruik is niet buitensporig vergeleken met de grote steden Amsterdam en Rotterdam (tabel 1), waar ook gezondheidsenquêtes zijn afgenomen.

Het alcoholgebruik verschilt tussen mannen en vrouwen: er zijn meer mannen die drinken dan vrouwen (respectievelijk

86% en 72%). Het percentage dat geen alcohol gebruikt is het hoogst onder de 65-plussers (23% van de mannen en 40% van de vrouwen) en onder vrouwen in Duindorp. Naast geslacht en leeftijd is ook opleiding een kenmerk voor drankgebruik. Zowel voor mannen als voor vrouwen geldt dat hoog-opgeleiden meer drinken dan laag-opgeleiden.

Dit patroon wordt ook in andere onderzoeken gevonden (7)(8) (9)(10)(11)(12).

Bijna twee derde van de bewoners die (wel eens) alcohol drinkt vertoont een duidelijke voorkeur voor zwak-alcoholische dranken. Ruim de helft kiest daarbij voor wijn, sherry, port en dergelijke, maar geen bier, en de anderen kiezen - gelijkelijk verdeeld - tussen bier en een combinatie van zwak-alcoholische dranken. 9% van de alcohol liefhebbers neemt meestal een sterk-alcoholische drank. Een tiende deel van de bewoners wisselt het drinken van een zwak-alcoholische drank af met een sterk-alcoholische drank. Bij een vijfde van de bewoners varieerde de keus zozeer dat geen voorkeursdranken kon worden aangegeven.

Wanneer de alcoholgebruikers worden verdeeld naar leeftijd en geslacht ontstaat een stereotiep patroon. Bier is de populairste drank bij de mannen. 24% van

** Garretsen spreekt van probleemdrinken als een individu excessief alcohol gebruikt en als het drinkgedrag gepaard gaat met lichamelijke, geestelijke en/of sociale problemen van de drinker zelf of van anderen. Een (zeer) excessief drinker is - wederom volgens zijn definitie - iemand die meer dan vijf keer per week een matige hoeveelheid alcohol nustigt (vier of vijf glazen per keer) of ten minste twee keer per week een grotere hoeveelheid (minimaal zes glazen per keer).*

Deze grens voor (zeer) excessief alcoholgebruik is minder streng dan in het verslavings-hulpverleningscircuit gangbaar is (medisch-somatisch model). Daar spreekt men van excessief gebruik bij een dagelijkse consumptie van acht glazen alcoholische drank en van alcoholisme bij twaalf glazen per dag (5).

tabel 1

Percentage gebruikers van alcoholische dranken ¹⁾

Plaats/gebied	%
Limburg	84
Noord-Brabant	82
Amsterdam	78
Scheveningen	77
Rotterdam	76
Groningen e.o.	75
IJssel-Vecht	70

¹⁾ Bij de interpretatie van deze scores moet rekening worden gehouden met verschillen in samenstelling van de bevolking qua leeftijdsopbouw en qua etniciteit van de populaties. Ook is de vraagstelling niet bij ieder onderzoek exact hetzelfde geweest (7) (8)(9)(10)(11)(12).

de mannen kiest (meestal) alleen bier en 20% drinkt naast bier ook vaak een andere zwak-alcoholische of sterk-alcoholische drank. Deze voorliefde voor bier neemt bij de mannen wel af met het ouder worden.

De voorkeur voor alleen bier is bij vrouwen veel geringer (4%). Vrouwen drinken voornamelijk wijn, sherry of port en dergelijke (43%). Wel worden deze dranken regelmatig met bier afgewisseld (8%). Van likeurs zijn vooral oudere vrouwen vaste klant (11%). Bovenstaande bevindingen zijn overeenkomstig het onderzoek van Garretsen (6).

Overmatig alcoholgebruik

Onder de vrouwen vinden we duidelijk minder (zeer) excessieve drinkers dan onder mannen (respectievelijk 3% en 15%). Het percentage mannen dat stevig drinkt in de Vissers-

haven, de Visserijbuurt en de buurtcombinatie Stadshouderplantsoen en het Sweelinckplein ligt relatief laag (figuur 2).

Vergeleken met andere gebieden in Nederland zijn de gevonden percentages (zeer) excessieve drinkers voor het gehele stadsdeel Scheveningen niet uitzonderlijk (tabel 2).

De gegevens over overmatig alcoholgebruik moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het blijkt dat een onderschatting van de alcoholconsumptie bij vrouwen kan optreden bij onderzoek met behulp van door vrouwen zelf ingevulde vragenlijsten (6). Een verklaring hiervoor is dat overmatige alcoholconsumptie voor vrouwen cultureel minder aanvaard is. Het werkelijke percentage (zeer) excessieve drinkers onder vrouwen is derhalve waarschijnlijk meer dan 3%.

Waar wordt gedronken?

Ruim de helft van de alcoholgebruikers drinkt uitsluitend thuis

Percentage (zeer) excessieve drinkers naar geslacht ¹⁾

Plaats/gebied	Man %	Vrouw %
Groningen e.o.	13	3
Rotterdam	13	3
Noord-Brabant	14	1
Scheveningen	15	3
Amsterdam	16	2

¹⁾ Bij de interpretatie van deze scores moet rekening worden gehouden met verschillen in samenstelling van de bevolking qua leeftijdsopbouw en qua etniciteit van de populaties. Ook is de vraagstelling niet bij ieder onderzoek exact hetzelfde geweest (8)(9)(10)(11).

of bij vrienden/familie (tabel 3, blz. 24). 16% drinkt (behalve thuis) ook vaak buitenshuis (café; restaurant; discotheek; sportkantine; wijk- en buurtcentrum; werk en dergelijke).

Jongeren (18-34 jaar) drinken vaak in cafés, restaurant of discotheken (30%). Bij de 35-64-jarigen en de 65-plussers is dit veel minder de gewoonte (circa 5%). Tussen mannen en vrouwen vinden we hierin geen verschil. 1% van de alcoholgebruikers drinkt (onder andere)

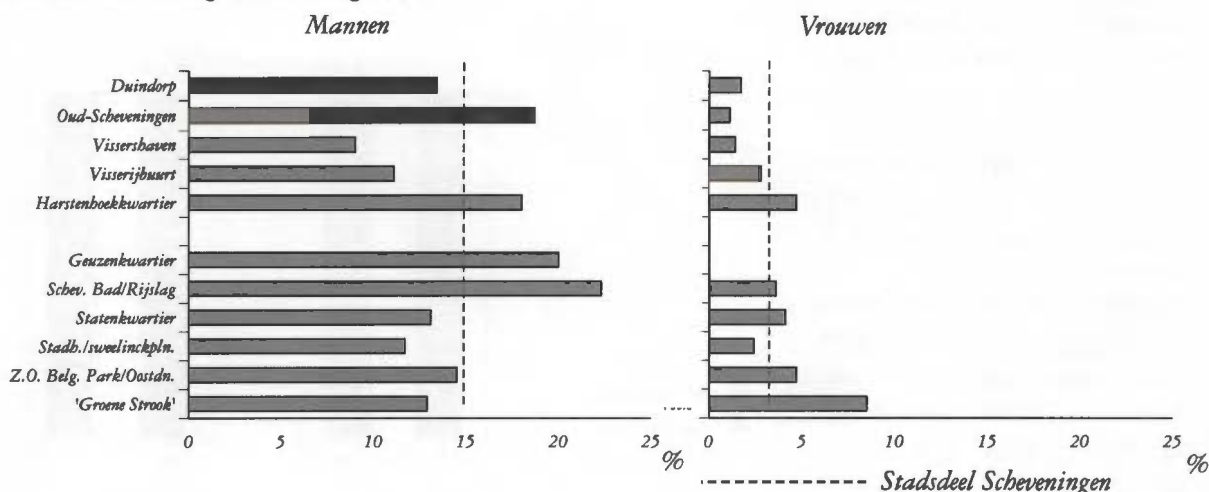
regelmatig op het werk.

Waarom wordt gedronken?

Verreweg de meeste mensen drinken om gezelligheidsredenen, omdat ze het lekker vinden of omdat ze wat te vieren hebben (tabel 4). Rond 20% van de gebruikers van alcoholische dranken doet dit omdat ze vinden dat dat zo hoort in bepaalde situaties. Een gelijk aandeel verklaart te drinken om nerveuze gevoelens of gespannenheid te vermijden. In hoeverre bewo-

figuur 2

Procentuele verdeling van de (zeer) excessieve alcoholgebruikers per buurt(combinatie) voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



tabel 3

Locatie waar de alcoholische drank meestal wordt gedronken.
Stadsdeel Scheveningen 1992.

	Abs.	%
Thuis en bij vrienden/ familie thuis	613	34
Alleen thuis	349	19
Niet huiselijke omgeving	207	11
Thuis en niet huiselijke omgeving	92	5
Wisselt veel, niet aan te geven waar meestal	469	26
Onbekend	71	4
Totaal	1.801	100

groep (zeer) excessieve drinkers ruim de helft onder andere vanwege (een) 'onlustvermijden'-reden(en) drinkt. Dit is een kwart bij de lichte en matige gebruikers. Van de bewoners die psychisch onwelbevinden ervaren (een positieve GHQ-score) is dit 42% versus 22% van de bewoners die zich wel voelen (13).

Acceptatie en gevolgen alcoholgebruik

17% van de mannen en 9% van de vrouwen vindt dat ze het alcoholgebruik zouden moeten minderen. Vooral de leeftijdsgroep 35-64 jaar is deze mening toegedaan. Van de groep (zeer) excessieve drinkers vindt 40% dat ze minder zouden moeten drinken. Dit percentage is vier keer zo hoog als in de groep lichte en matige gebruikers. Aan diegenen die vinden dat ze hun alcoholgebruik moeten verminderen is vervolgens gevraagd of ze dit wel eens hebben geprobeerd. 65% van deze man-

ners eerlijk hebben geantwoord op deze vraag is niet met zekerheid te zeggen.

In de opgave van de redenen zien we geen opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen drinken vaker om speciale gelegenheden te vieren (mannen 65% en vrouwen 77%) en mannen drinken meer omdat het zo hoort (mannen 23% en vrouwen 18%).

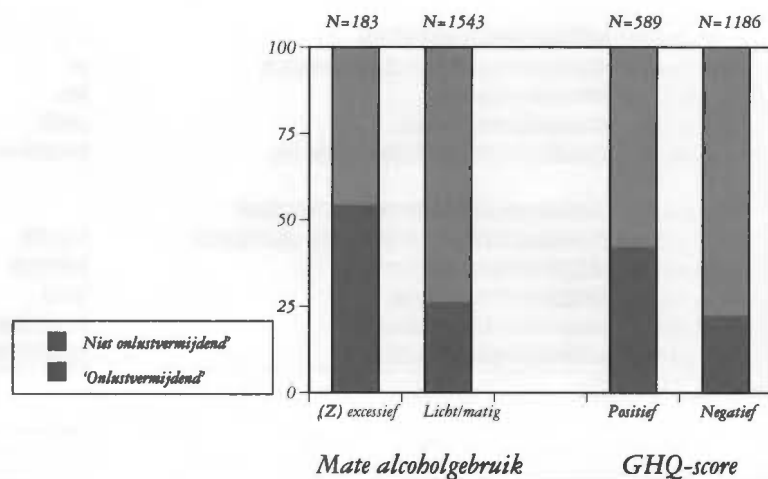
De redenen zijn vervolgens gerubriceerd in drie groepen (zie toelichting onder tabel 4, blz. 25).

Ongeveer een vijfde van zowel de mannen als de vrouwen geeft een of meer zogenoemde 'onlustvermijden'-redenen op. Dit aandeel neemt af na het 65-ste levensjaar (18-34-jarigen 32%; 35-64-jarigen 31% en 65

jaar en ouder 16%). Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

In figuur 3 zien we dat van de

Opgave van 'onlustvermijden'-redenen en naar mate van alcoholgebruik en GHQ-score.. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



figuur 3

Redenen voor het drinken van alcoholische drank ¹⁾
Stadsdeel Scheveningen 1992.

Redenen	%
1. Ik drink voor de gezelligheid	81
2. Ik drink omdat ik het lekker vind	80
3. Ik drink om speciale gelegenheden te vieren	71
4. Ik neem een drankje aan omdat dat zo hoort in bepaalde situaties	21
5. Drinken helpt me om me beter te voelen als ik gespannen of nerveus ben	20
6. Drinken vrolijkt me op als ik in een slechte bui ben	11
7. Drinken geeft me meer zelfvertrouwen	8
8. Drinken helpt me mijn zorgen te vergeten	6
9. Door een drankje kan ik er beter tegen dat ik eenzaam ben	5
10. Ik drink omdat de mensen er vaak zo op aandringen	2
11. Drinken helpt me om beter te denken en te werken	2

¹⁾ Bij iedere bovenstaande uitspraak heeft de bewoner aangekruist of de reden op hem/haar van toepassing is.

De antwoorden kunnen worden gecategoriseerd naar:

- de (geaccepteerde) meerwaarde die alcohol heeft gezelligheid/smaak (vraag 1,2 en/of 3);
- de sociale wenselijkheid (vraag 4 en/of 10);
- het wegnemen van onlustgevoelens (vraag 5, 6, 7, 8, 9 en/of 11).

nen en 63% van deze vrouwen hebben hiertoe één of meer pogingen gedaan. Ook van de groep (zeer) excessieve drinkers probeert twee derde daadwerkelijk te minderen.

Ongeveer drie kwart van de alcoholgebruikers die aangeeft hun alcoholgebruik te willen verminderen laat zich desgevraagd niet uit over wat hen hierbij zou kunnen helpen of zien eigenlijk alleen de noodzaak van een veranderd gedragspatroon bij henzelf.

In welke mate tolereren bewo-

ners het drankgebruik van anderen? 39% van de mannen en 56% van de vrouwen vindt het *altijd* vervelend wanneer mensen in hun nabijheid veel gedronken hebben en 49% van de mannen en 33% van de vrouwen heeft hier *soms* moeite mee. Uit de vergelijking tussen mannen en vrouwen blijken vrouwen strenger te oordelen. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. Jonge mannen in de leeftijd van 18-34 jaar nemen naar verhouding de meest tolerante houding aan.

tabel 4

Van hen die geantwoord hebben (92% van het totaal) zegt 86% geen nadelige gevolgen te hebben ondervonden van het alcoholgebruik. (Dit percentage is 64 onder de (zeer) excessieve drinkers en 89 onder de lichte en matige gebruikers.) 4% van de invullers geeft aan dat het alcoholgebruik van het afgelopen halfjaar (mede) een nadelige invloed heeft gehad op hun gezondheid. En 3% heeft door alcoholgebruik nadelige invloed ondervonden thuis, bij het onderhouden van de sociale contacten of bij werk of studie. De resterende 7% weet het niet.

Uitkomsten nader beschouwd

Scheveningen valt niet op door overmatig of afwijkend alcoholgebruik vergeleken met plaatsen waar een vergelijkbaar onderzoek is gedaan in Nederland. Het percentage (zeer) excessieve drinkers onder mannen (15%) is echter toch een getal om aandacht aan te besteden, vooral gezien de bevindingen dat mensen met een alcoholprobleem niet snel uit zichzelf hulp zoeken bij een professionele hulpverlenende instelling omdat dit als stigmatiserend wordt ervaren (14).

Uit de enquête blijkt dat een aanzienlijk aantal mensen onvrede heeft met de hoeveelheid alcohol die zij zelf drinkt. Twee derde van deze groep heeft ook daadwerkelijk geprobeerd om te minderen. Ook de groep (zeer) excessieve drinkers is zich bewust van de noodzaak tot een verminderd alcoholgebruik.

Ongeveer 20% van de alcoholgebruikers drinkt met als motivatie verlichting van onlustgevoelens en/of problemen.

Van de (zeer) excessieve drinkers is dit ruim de helft. Deze groep vormt een potentiële probleemgroep, waarbij zowel psychologische afhankelijkheid als regelmatig gebruik problemen kan geven voor het individu en zijn omgeving. Ook de matige gebruikers die alcoholische drank nemen om onaangename gevoelens (tijdelijk) weg te drukken lopen risico van verslaving wanneer de problemen zich blijven voordoen. Beter is het een oorzaakgerichte actie ter afwijding van problemen te kiezen.

Het gebruik van alcohol blijkt in steeds meer gelegenheden mogelijk. Werd vroeger vooral gedronken in het gezin en in cafés, nu zijn daar allerlei recreatieve drinkmilieus bijgekomen, zoals club- en buurt-huizen, sport- en schoolkantines. De aanwezigheid van meer drinkmilieus leidt tot een vooral onder jongeren grotere gemiddelde alcoholconsumptie, omdat ze meestal naast de bestaande drinkmilieus komen (15). Vooral jongeren in de leeftijd van 18-34 jaar drinken vaak alcohol buitenshuis in een café of discotheek en nemen in verhouding de meest tolerante houding aan ten opzichte van alcoholgebruik.

Wat is nu de betekenis van onze onderzoeksresultaten voor het verbeteren van de volksgezondheid in stadsdeel Scheveningen? Allereerst wordt met de resultaten, die - eenmaal gelezen - wellicht niemand zeer zullen verbazen opnieuw de aandacht gevestigd op een probleem dat we neigen te vergeten, maar dat er wel degelijk is. Ook in Scheveningen zijn in ruime mate excessieve, dat wil zeggen

problematische, drinkers aanwezig. Vanuit de volksgezondheid bezien moet stevig alcoholgebruik, dat wellicht als 'normaal' wordt ervaren of niet wordt gezien, wel degelijk ter discussie worden gesteld.

Met betrekking tot concrete daden willen we vanuit de GGD een tweetal accentverschuivingen voor de alcoholpreventie stimuleren.

Gedrag valt 'redelijkerwijze' te beïnvloeden met behulp van gezondheidsvoorlichting- en opvoeding gericht op individuele personen. Echter naast deze individualistische oriëntatie van gezondheidsbevordering is ook een meer collectivistische oriëntatie mogelijk. Dan richt men zich vanuit preventie niet zozeer op het individu maar op de sociale omgeving van (potentiële) drinkers. Deze accentverschuiving in de preventieve aandacht is aan de orde wanneer de gemeentepolitiek zich zou inzetten voor een ontmoedigingsbeleid van alcoholreclame op gemeentelijke eigendommen of in het algemeen in het openbaar. Vanuit de GGD zullen initiatieven van deze soort en met name gericht op Scheveningen nieuw leven worden ingeblazen.

Verder is zo'n meer collectivistische benadering te realiseren door niet de drinkers zelf maar de gewenste situatie waarin gedronken wordt onder de aandacht te brengen. Niet 'je moet niet drinken' maar slogans als: 'alcohol en verkeer, dat kun je niet maken' of 'sport en alcohol dat gaat niet samen' of 'alcohol en werk, dat werkt niet best' blijken veel effectiever. Voor Den Haag wordt in het project 'Alcohol en Verkeer' dit accent reeds systematisch gelegd.

Sportkantines zijn op zondagmiddag en soms ook op doorde-weekse trainingsavonden een levendige leverancier van dronken mensen, met alle gevaren in het verkeer vandien. In dit project worden sportkantines op allerlei manieren (ook financieel) ondersteund om het alcoholgebruik terug te dringen.

Voor Scheveningen zullen we dergelijke collectief gerichte initiatieven intensiveren om ook in dit stadsdeel het alcoholgebruik te ontmoedigen.

Literatuur:

1. Alcohol: toen en nu. Evaluatie alcoholvoorlichtingsplan. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1992.
2. Garretsen HFL. Van hop tot hennep: verslavingsonderzoek op twee sporen. Inaugurale rede. Instituut voor verslavingsonderzoek. Rotterdam, april 1993.
3. Dijk WK van. Alcoholstoornissen nog altijd een groot probleem. Bijdrage aan de feestbundel ter gelegenheid van het afscheid van de hoofdinspecteur van de geestelijke volksgezondheid Van Borssum Waalkes.
4. Alcohol en Samenleving. Ontwerpnota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1985.
5. Sytema S, Ormel J. Alcoholproblematiek: schattingen van de behandelde en de onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. I Alc Drugs 1986; 12 nr. 5: 190-7.
6. Garretsen HFL. Probleemdrinken: prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden. Theoretische overwegingen en onderzoek in Rotterdam. Proefschrift. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1983.

7. Garretsen HFL, Knibbe RA. Alcohol prevalentie onderzoek Rotterdam/Limburg: landelijk eindrapport. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1983.
8. Giezen AM van der, Baecke JAH. Gezondheidsenquête 1989. Een onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking in het Streekgewest Brabant-Noordoost en het stadsgewest 's-Hertogenbosch. Oss 1990.
9. Thomas R, Wieringen JCM van, Braan D. Gezondheid Westerpark in perspectief. Gezondheidsenquête Westerpark 1990. GG en GD. Amsterdam 1991.
10. Reelick NF, Lamers LM. De gezondheidsenquête Rotterdam 1991. Gezondheid, gezondheidszorg en leefgewoonten. GGD-Rotterdam e.o., afdeling Epidemiologie, 1992.
11. Gezondheidsenquête GGD Groningen-Goorecht Plus 1990. Groningen 1991.
12. Gezondheidsprofiel regio IJssel-Vecht. Rapportnr. 19. GGD Regio IJssel-Vecht. Zwolle 1993.
13. Burger I, Toorn SLM van der, Wildt GR de, Struben HWA. Het project 'Gezond Scheveningen'. Voelt de Scheveninger zich gezond? Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 2: 29-35.
14. Raat H. Alcoholproblematiek en hulpverlening. Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam 1987.
15. Leefomstandigheden leefwijzen en gezondheid: een aanzet voor scenario's. Uitgebracht in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Rijswijk 1990.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Onderzoek tekort huisartsen

In antwoord op schriftelijke vragen vanuit de gemeenteraad hebben Burgemeester en Wethouders van Den Haag toegezegd te onderzoeken of in de gemeente sprake is van een (dreigend) tekort aan huisartsen. Sinds de beëindiging van het gemeentelijk vestigingsbeleid berust de primaire verantwoordelijkheid voor een voldoende aanbod van huisartsenzorg bij de zorgverzekeraars en de beroepsgroep. De gemeente houdt, aldus het College van Burgemeester en Wethouders, de vinger aan de pols.

Zo is bekend dat het onderwerp de aandacht heeft van zowel de Districts Huisartsen Vereniging als het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Den Haag. Beide organisaties hebben onlangs een onderzoek ingesteld naar praktijkbelastende factoren voor huisartsen in Den Haag.

Zodra alle resultaten van deze onderzoeken bekend zijn, zal de gemeente in overleg met de Huisartsenvereniging en het Patiënten/Consumenten Platform beziën welke maatregelen noodzakelijk zijn om een tekort aan en een overbelasting van huisartsen in Den Haag tegen te gaan.

Evaluatie hervorming Amsterdamse psychiatrie

In 1984 koos de Amsterdamse gemeenteraad voor een hervorming van de hoofdstedelijke geestelijke gezondheidszorg. Het accent van de zorg moest verlegd worden van de grote psychiatrische inrichtingen buiten de stad naar kleinschalige opvang in de stad.

Het hervormingsprogramma, bekend geworden als 'Het Amsterdams model in de GGZ', is onlangs geëvalueerd in twee rapporten.

Het eerste rapport, een onderzoek door het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid in Utrecht, getiteld 'Het Amsterdams model halfweg; een tussenstand van de GGZ-hervormingen in de hoofdstad', geeft een evaluatie van negen jaar zorgvernieuwing.

In het tweede rapport, getiteld 'Uitgangspunten voor de GGZ in Amsterdam in de jaren negentig', worden de basisprincipes van de hervorming nog eens kritisch bekeken en geactualiseerd.

De twee rapporten vormen samen de basis voor de regiovisie GGZ die in het najaar van 1993 werd vastgesteld door het Bestuurlijk Tripartiete Overleg Zorg, een overlegorgaan van de gemeente Amsterdam, de provincie Noord-Holland en ZAO-Zorgverzekeringen.

Beide rapporten zijn verkrijgbaar bij de afdeling Voorlichting van de gemeente Amsterdam, stadhuis, kamer 1365.

Voorlichting

Basishandleiding AIDS-voorlichting en -training

Bij de SAD-Schorerstichting is sinds kort de Basishandleiding AIDS-voorlichting en -training verkrijgbaar. Deze handleiding is bedoeld als naslagwerk voor iedereen die zich bezighoudt met het geven van voorlichting en training over HIV en AIDS. De handleiding bevat in totaal vijftig werkvormen rond verschillende AIDS-gerelateerde thema's, zoals medische en psycho-sociale informatie, houdingen, opvattingen en vooroordelen, preventie, dood en afscheid, specifieke groepen, seksualiteit, vaardigheden. Iedere werkvorm wordt gepresenteerd door middel van een nauwkeurige instructie, een overzicht van het benodigde materiaal, een lijst met tips en een aantal mogelijke variaties. Als laatste onderdeel is theoretische informatie opgenomen over thema's indien communicatie, houdingsbeïnvloeding, gedragsverandering en het voorbereiden van voorlichtingen en trainingen aan de orde komen.

De basishandleiding is bij de SAD-Schorerstichting te bestellen door f. 95,- over te maken op gironummer 1522874, onder vermelding van basishandleiding, code 7024/317.

Voor nadere informatie: Helga van Vondelen of Hans van Rijt, SAD-Schrorerstichting, tel 020 - 662 24 06.

Cursussen

Advanced Course in Nutritional and Lifestyle Epidemiology

Van 30 mei - 5 juni 1994 organiseert het Wageningen Centre for Nutrition and Epidemiology (WCNE) een cursus op het gebied van leefstijl en voedingsepidemiologie. In deze cursus ligt de nadruk op methodologische onderwerpen als study design, exposure assessment, biomarkers, exposure measurement error, data analysis, bias and effect modification. Daarnaast zullen belangrijke inhoudelijke onderwerpen uit de voedings- en leefstijlepidemiologie worden bediscussieerd zoals de relatie tussen anti-oxidanten, lichamelijke activiteit, passief roken en een aantal chronische ziekten. De cursus wordt in het Engels gegeven en is bestemd voor epidemiologen, voedingskundigen, artsen en anderen met basale kennis van de epidemiologie. Docenten zijn onder andere dr. D. Hunter (Boston, USA), prof. Kohlmeier (Chapell Hill, USA), prof. F.J. Kok en prof. W.A. van Staveren (Landbouwuniversiteit Wageningen).

Meer informatie is te verkrijgen bij: Esther G.M. Pallast, vakgroep Humane Epidemiologie en Gezondheidsleer, Landbouwuniversiteit Wageningen, tel. 08370 - 84 124.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 32 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Rijswijk en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gebied gespecificeerd.

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

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave.

De 2 gemelde typhus-patiënten liepen de besmetting op in respectievelijk India en Pakistan.

Van de 10 bacillaire dysenterie-patiënten waren er 5 met *Shigella Sonnei*, 4 met *Shigella Flexneri* en 1 met *Dysenteria*. Bijna alle besmettingen waren in het buitenland opgedaan.

Van de 6 gemelde hepatitis A-patiënten werd de besmetting door 3 patiënten in het buitenland opgelopen.

De hepatitis B-patiënt bleek besmet door seksueel contact.

De leptospiroses-patiënt had de besmetting vermoedelijk via besmet water in Frankrijk opgedaan.

Van de 4 malaria-patiënten hadden er 3 Malaria Falcipadum en 2 Malaria Vivax. De besmettingen werden opgedaan in Afrika en Indonesië. Twee patiënten bleken geen profylaxe genomen

te hebben.

Alle 25 scabies-patiënten liepen hun besmetting op in het buitenland.

Onderzoek in het kort

Volksgezondheid Toekomst Verkenning:

de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010

Op 9 november werd de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) aangeboden.

In deze VTC is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) voor het eerst een groot aantal gezondheidsgegevens over de Nederlandse bevolking in onderlinge samenhang gepresenteerd. De nadruk ligt daarbij op een kwantitatieve analyse van de feitelijke gezondheidstoestand van de bevolking, en veel minder op de gezondheidszorg.

Enkele door de RIVM getrokken conclusies luiden:

- De jaarlijks meest optredende kortdurende aandoeningen (bij elkaar opgeteld goed voor 6,1 miljoen ziektegevallen) zijn: verkoudheid, ongevallen in de privé-sfeer, acute bronchi(ol)itis, acute urineweginfecties, bijholte-ontsteking, acute maagdarminfecties, influenza, ontstoken amandelen, depressie en longontsteking.
- Het totaal van personen met

ziekten en aandoeningen, speciaal de langdurige ziekten die vooral op oudere leeftijd voorkomen, zal naar verwachting in 2010 met 25-40% zijn gestegen. Deze stijging houdt vooral verband met de groei en de veroudering van de bevolking en heeft aanzienlijke consequenties voor de gezondheidszorg. Voor de meest voorkomende tien langdurige ziekten en aandoeningen samen is berekend dat het aantal patiënten van 3,4 naar 4,4 miljoen zal stijgen.

- Er is aanzienlijke gezondheidswinst te boeken, met name wat betreft vroegtijdige sterfte, door veranderingen op het gebied van leefgewoonten. Onder de bekende en kwantificeerbare beïnvloedende factoren (determinanten) van de tien belangrijkste doodsoorzaken levert *roken* de grootste geschatte bijdrage aan de totale sterfte in Nederland (ongeveer 29.000 van de totaal 129.000 overledenen in 1990 in Nederland), gevolgd door *hoge bloeddruk* (ongeveer 9.000 overledenen in 1990) en *sterk overgewicht* (obesitas), *gestoorde suiker-stofwisseling* (glucose-intolerantie) en *tekort aan lichamelijke activiteit* (elk goed voor 5.000 overledenen in 1990).
- Aanzienlijke gezondheidswinst lijkt te behalen door preventief beleid gericht op leefstijlfactoren zoals roken, voedingsgewoonten en lichamelijke activiteit. De meest ongunstige determinanten komen relatief vaker voor bij bevolkingsgroepen met lagere opleidingsniveaus.
- In de toekomst zal gezondheidsverlies kunnen optreden bij verwaarlozing van de huidige verworvenheden op het gebied van preventie en zorg

(bijvoorbeeld drinkwatervoorziening, milieukwaliteit, voedselhygiëne, arbeidsomstandigheden, jeugdgezondheidszorg) en bij verslechtering van de sociaal-economische situatie (bijvoorbeeld arbeidsparticipatie, inkomen of verschillen daarin, onderwijs).

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning beschrijft de huidige gezondheidstoestand, trends uit het verleden en - waar mogelijk - verwachte toekomstige ontwikkelingen. Verder geeft het document informatie over de factoren (determinanten) die de gezondheidstoestand beïnvloeden en de belangrijkste mechanismen die daarbij een rol spelen.

Op basis hiervan kan het gezondheidsbeleid keuzen bepalen en prioriteiten stellen. De VTV die voortaan op verzoek van het ministerie van WVC elke vier jaar zal verschijnen, is gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne in samenwerking met een groot aantal instituten en deskundigen in Nederland.

De Volksgezond Toekomst Verkenning (VTV) kan besteld worden bij: SDU Servicecentrum Uitgeverijen, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag, tel. 070 - 378 98 80. De prijs bedraagt f. 89,— (exclusief verzendkosten).

Zorgvraag verstandelijk gehandicapten

De GGD Den Haag verricht momenteel een inventariserend onderzoek naar de zorgvraag onder ouders van thuiswonende kinderen met een verstandelijke handicap. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de ontwikkeling van een 'regiovisie'

aangaande de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Een aantal lokale studies op dit gebied lijken erop te wijzen dat er een verschuiving optreedt naar kleinere en meer functiegerichte voorzieningen. Daar hierin onvoldoende wordt voorzien, plaatsen ouders vaak bij gebrek aan beter - en uit voorzorg dat hen iets overkomt - hun gehandicapte kinderen op wachtlijsten van de bestaande instellingen. De lengte van deze wachtlijsten weerspiegelt aldus deze onderzoekers - de zorgbehoefte niet adequaat. Via interviews onder een steekproef van ouders zal worden nagegaan of dit ook in de regio Den Haag het geval is.

Gehoord of Gelezen

Nazorg kinderen met diabetes mellitus

In het jaarverslag 1992 van het Juliana Kinderziekenhuis lezen wij het volgende.

"Door de toenemende aandacht voor thuiszorg worden kinderen met complexe problematiek eerder uit het ziekenhuis ontslagen, mits de nodige aanpassingen of begeleiding thuis zijn gerealiseerd. Nazorg voor kinderen met diabetes mellitus blijft het speerpunt van de afdeling Nazorg van het Juliana Kinderziekenhuis. Veel aandacht wordt besteed aan groepseducatie voor ouders en kinderen.

De 'tienerpoli' met als doel kinderen met diabetes mellitus via groepseducatie voor te lichten blijkt een groot succes. Deze

aanpak heeft een heel positieve uitwerking op de tieners in het omgaan met hun aandoening en om hen zo zelfstandig mogelijk te laten worden.”

Erratum

In het artikel 'Onveiligheid in stadsdeel Scheveningen' door mw. I. Burger in het *Epidemiologisch Bulletin* nr.3 1993 zijn de bijschriften van figuur 4 en 5 verwisseld: figuur 4 (pagina 29) geeft de vermogensgerichte delicten weer en figuur 5 (pagina 30) de persoonsgerichte delicten.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. I. Burger

Mw. J.C. Leegsma

(GGD, Rijswijk);

H.R. Lingen;

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

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap

(GGD, West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1993 1e kw	1993 2e kw	1993 3e kw	1993 4e kw	1992 t/m 3e kw	1993 t/m 3e kw					
mens	inhalatie	difterie (B)											
		lepra (B)					1						
		meningococcosis (B) *	6	4	2		21	12					
		morbilli (B)	3				20	3					
		(atyp.) pertussis (B) **	2	1			3	3					
		rubella (B)	1					1					
		ruberculosis (B)	24	31	32		115	87					
		parotitis epidemica (C)											
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	43	26	45		145	114					
		syfilis prim./sec. (C)	4	4	4		7	12					
		syfilis congenita (C)											
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1		1	1		7	2					
		HIV-infectie/Aids (1) ***	2	10	8		23	20					
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)											
		hepatitis A (B) (3)	19	1	6		17	26					
dysenteria bacillaris (B) (3)		4	1	12		16	17						
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	19	35	25		70	79						
dier	inhalatie (faecaal materieel)	ornithosis/psittacosis (B)	1	1	1		6	3					
		Q-fever (B) (5)	1	1			1	2					
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)											
		febris recurrens (B)											
		gele koorts (B)											
		malaria (B)	1	1	4		10	6					
		typhus exanthematicus (B)					1						
	beet/speeksel	rabies (A)											
		pest (A)											
	aanraking	anthrax (B)											
rularemia (B)													
brucellosis (B) (5)						1							
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)			1			1					
		cholera (B)											
	consumptie	trichinosis (B)											
		voedselvergiftiging (B)	3		2		16	5					
		febris typhoidea (A)	2	1	2		3	5					
		paratyfus B (B)	1				1	1					
		botulisme (B) (6)											
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)			1			1					
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)												
totaal								134	108	138		461	380

- | | | | |
|-------------|---|-----|--|
| (A) (B) (C) | traditionele categorie-aanduiding | (2) | ook aerogene besmetting |
| * | samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis | (3) | ook besmetting via water/voedsel |
| ** | samenvoeging pertussis en atypische pertussis | (4) | soms besmetting via beddegoed |
| *** | niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD | (5) | ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten) |
| (1) | ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten | (6) | ook wondbesmetting |