

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Verkeerde-beddenproblematiek

Regiovisie en het belang van de oudere

Is er een markt voor GVO?

Geneeskundige hulpverlening bij een ramp

epidemiologie

Kent Den Haag haar verslavingsproblemen?

en verder o.a.

Projecten:

De gezondheidsenquête onder Scheveningers

Korte berichten

jaargang 28, 1993

nummer 3

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

- Verkeerde-beddenproblematiek* 3
- A. Pols
- Gezondheidszorg in een regiovisie* 7
Het belang van de oudere
- J.A. Goosen
- Is er een markt voor GVO?* 12
- W.J.F.I. Nuijens
- Geneeskundige hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen* 15
- J.C.J. Zandbergen

Epidemiologie

- Kent Den Haag haar verslavingsproblemen?* 19
- R. Leenheer en W.J. Schudel

Projecten

- Onveiligheid in stadsdeel Scheveningen* 25
- I. Burger
- Medicijngebruik in stadsdeel Scheveningen* 31
- G.R. de Wildt en S.L.M. van der Toorn

Korte berichten

36

September 1993
28ste jaargang nr. 3

Epidemiologisch Bulletin

Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid.

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); 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 tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Verkeerde- beddenproblematiek

A. Pols

De term dook een jaar of vijf geleden ineens op: 'verkeerde-beddenproblematiek'. Patiënten liggen in een ziekenhuisbed, terwijl ze in een verpleeghuis of psychogeriatrische inrichting thuishoren. Psychiatrische patiënten die niet in een ziekenhuis kunnen worden opgenomen, als daar aanleiding toe is. Wachlijsten en wanhoop bij artsen en patiënten en onnodig hoge kosten. Volgens de één bestaat de problematiek niet meer, volgens anderen heeft die nooit bestaan. Verzekeraars denken er anders over.

In termen van verzekeraars heten ze 'M15's', verpleegdagen in ziekenhuizen, waarvoor geen medische indicatie (meer) bestaat. De jongste cijfers betreffen 1991 en zijn van zorgverzekeraar Haaglanden. In de regio Den Haag ontbrak in dat jaar van 49.279 verpleegdagen een medische indicatie.

Duidelijk is wel dat de problematiek in omvang steeds geringer wordt. Uit een onderzoek van de Regionale Inspectie van de Volksgezondheid in Zuid-Holland van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid blijkt dat per 1 mei 1991 457 patiënten ten onrechte in een algemeen ziekenhuis lagen; daarvan hoorden 313 in een somatisch verpleeghuis thuis en 144 in een psychogeriatrisch verpleeghuis. 'Dit laatste is minder dan was verwacht. Opvallend is het grote aantal somatische patiënten dat nog geen indicatie heeft gekregen (volgens opgaaf van de ziekenhuizen) voor een verpleeghuis, terwijl de periode die nodig is voor de indicatiestelling voor een verpleeghuis bij somatische patiënten korter duurt,' aldus de inspectie.

'Indien rekening wordt gehouden met het feit dat in een groot aantal gevallen bij individuele patiënten verpleeghuizen wel over de indicatiedatum beschikken, terwijl ziekenhuizen opgeven dat de indicatie (nog) niet is afgegeven, ontstaat een ander beeld. Het aantal verkeerde-bedpatiënten was dan per 31 mei 1991: 706, van wie 522 somatisch en 184 psychogeriatrisch. Dit aantal is duidelijk groter dan het aantal verkeerde-bedpatiënten zoals opgegeven door de verpleeghuizen (namelijk 425 patiënten). Daaruit

Over de auteur

A. Pols, redacteur van NRC-Handelsblad

Verkeerde-beddenproblematiek

mag blijken dat de uitwisseling van gegevens tussen verpleeg- en ziekenhuizen te wensen overlaat. Wanneer we het totaal aantal verkeerde-bedpatiënten (706) afzetten tegen het totaal aantal wachtenden (2.468) dan mogen we concluderen dat de verkeerde-beddenproblematiek ruim een kwart van de wachtlijst omvat. Opvallend is hierbij het geringe aantal psychogeriatrische patiënten in een verkeerd bed, in relatie tot het totaal aantal wachtenden (184 op 1.920). Signalen betreffende de hoge drempel die ziekenhuizen opwerpen alvorens tot opname van een psychogeriatrische patiënt over te gaan, worden hiermee bevestigd. Ook blijken financiële afspraken met betrekking tot de verkeerde-beddenproblematiek bepalend te zijn voor het opname- en ontslagbeleid van de ziekenhuizen,' aldus de inspectie.

Uit de enquête van de inspectie blijkt dat in de zes Zuidhollandse regio's 6% van de erkende bedden capaciteit wordt bezet door mensen die daar niet in horen. 'Overigens wordt driekwart bezet door somatische patiënten die gemiddeld vijf weken met een geringe spreiding als verkeerde-bedpatiënt wachten. De categorie psychogeriatrische patiënten bezet een kwart van de erkende bedden en wacht gemiddeld veertien weken, met een spreiding van één week tot een jaar op opname in een verpleeghuis. De turnover in de groep somatische patiënten is dus groter en de ziekenhuizen zijn beter op de problematiek van deze patiënten toegesneden. Als gevolg hiervan wordt de verkeerde-beddenproblematiek bij psychogeriatrische patiënten als ernstiger beleefd.'

Heupfractuur of CVA

Voor een duidelijk beeld van de huidige situatie zijn recente cijfers vereist, maar die ontbreken. R.B.M.R. Bakker, directeur van het Westeinde Ziekenhuis meent echter dat het probleem achterhaald is. 'We hebben geen toenemend probleem ten aanzien van verkeerde-beddenbezetting. Dat is wel lange tijd geweest, vooral wat betreft de verpleeghuizen. We houden sinds jaar en dag een lijst bij van in het ziekenhuis opgenomen patiënten, die beschikken over een verpleeghuisindicatie. Het aantal op deze lijst stabiliseert zich het afgelopen jaar. Ik schat dat er constant vijftien tot twintig mensen op deze lijst staan. De doorstroom van patiënten naar verpleeghuizen is in een aantal gevallen zeker niet slecht. Als verpleeghuizen zelf patiënten insturen met bijvoorbeeld een heup-



fractuur, dan nemen ze deze zelfde patiënt binnen een paar dagen tot een week weer terug. Daarnaast is er de groep psychogeriatrische patiënten, die meestal een CVA, dat wil zeggen een beroerte hebben gehad. Bij hen duurt dit langer.'

Bakker wijst er op dat veel problemen kunnen worden voorkómen als in een vroeg stadium afspraken worden gemaakt met verpleeghuizen of psychogeriatrische inrichtingen. 'Dat doe je aan de hand van protocollen. Die voorzien in een opname en een 'plicht' om die patiënten zo snel als verantwoord is weer terug te nemen in de instelling.'

Bakker: 'Met een hele kleine groep zou je van een probleem kunnen spreken. Dan gaat het om mensen die een voorkeur uitspreken voor een verpleeghuis dat een wachtlijst heeft. Dat is meestal een geografisch probleem en zeker niet een kwestie van denominatie. Dat laatste is de afgelopen tien jaar vrijwel niet meer aan de orde. Vraag is hoe lang je het vol kunt houden deze mensen te houden tot er een plaats is. Dat kan in elk geval nooit maanden duren.'

Het Westeinde Ziekenhuis heeft afspraken met verpleeghuizen, waar de specialisten uit het ziekenhuis ook visites doen. Mecropha in Scheveningen bijvoorbeeld. Patiënten worden daar gerevalideerd en worden dus heel snel uit het ziekenhuis ontslagen. In het verpleeghuis zijn hiervoor tien bedden toegewezen. 'Ik wil er wel op wijzen dat men meestal spreekt van een verkeerde-beddenproblematiek met het oog op de kosten die er aan verbonden zijn. Maar dat doet de ernst van de zaak geen recht. Juist ook uit medisch oogpunt liggen die mensen echt verkeerd. Ze worden hier steeds dementer, steeds gedesoriënterder en hebben geen kans te revalideren. Een verpleeghuis biedt natuurlijk een veel meer gerichte zorg.'

Volgens Bakker is er nog een kleine problematische groep, die èn een somatisch èn een psychisch probleem heeft. Psychiatrische patiënten die voor een opname naar het ziekenhuis moeten. Dat zijn ook verkeerde bedden, maar in Den Haag hebben we geen psychiatrische afdeling in een

algemeen ziekenhuis. 'Maar dat probleem hebben we tegenwoordig beter onder de knie, doordat we twee 'liaison-psychiaters' hebben.'

Waardoor de 'verkeerde-beddenproblematiek' vrijwel opgelost lijkt weet Bakker niet. 'Ik denk dat de doorstroom in de verpleeghuizen beter is geworden. Duidelijk is ook dat de afspraken met die verpleeghuizen goed werken. Wellicht komt het daardoor.'

Gedooogperiode

Drs. G.J. Wissink, stafmedewerker van zorgverzekeraar Haaglanden/Nuts-Aegon, is belast met het maken van 'productie-afspraken' met de ziekenhuizen in de regio voor verpleegdagen aan de hand van 'budgetparameters'. Voor M10-dagen geldt een medische indicatie, voor M15-dagen niet. De verzekering vergoedt voor die laatste gevallen dan ook de prijs van een verpleeghuis, rond f 200,- gulden per dag. 'Dat doen we nu zo'n vijf jaar. Zo'n vergoeding geven we ziekenhuizen voor maximaal vier weken. Dat is een soort gedooogperiode. Feitelijk zouden de verzekeraars deze kosten niet hoeven te betalen: door het overheidsbeleid zijn er te weinig verpleeghuisbedden waar de verzekeraars voor moeten opdraaien. Daarna komen ze ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.'

De eerdergenoemde 49.279 M15-dagen in 1991 zijn verdeeld over alle ziekenhuizen in de regio: Sint Antoniushove in Leidschendam (6.584), Ziekenhuis Bronovo (6.615), het Diaconessenhuis in Voorburg (3.074), 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer (3.184), Leyenburg Ziekenhuis (15.526), Rode Kruis Ziekenhuis (5.443) en het Westeinde Ziekenhuis (8.853). Duidelijk is dat de afdelingen algemene chirurgie (heupfracturen) en neurologie (CVA's) de meeste verkeerde bedden 'genereren'.

Wissink wijst er op dat de bezettingsgraad in de algemene ziekenhuizen rond 75% is. Dat kan soms wat dalen, zoals in Sint Antoniushove, dat concurrentie heeft gekregen van Zoetermeer. 'Dat is één factor, maar het hele opnamebeleid is niet altijd even rationeel. Oudere specialisten nemen sneller op. Gemakzuchtigen ook.'

Verpleeghuizen liggen gemiddeld voor 90% vol. Bij psychogeriatrische inrichtingen is de bezetting 100% of meer. 'Ja, 100% of meer, dat wil zeggen dat we op honderd bedden afspraken maken voor maximaal honderd en vier. Dan kun

je als ziekenhuis wat meer doen en dus ook buiten de muren ondersteuning geven. Dat noemen we zwevende bedden. Dat is een vorm van substitutie. Hierdoor kan verpleeghuiszorg op andere lokaties worden aangeboden. Bijvoorbeeld thuis of in de verzorgingshuizen.'

Fictief probleem

De arts J.S.W. de Vreeze, algemeen directeur van de Katholieke Stichting voor Verzorging en Verpleging (KVV), meent dat het een fictief probleem is. 'Het wordt vaak een probleem genoemd, maar ik waag me af te vragen of het dat ooit wel is geweest. Ons werd verweten dat we mensen uit ziekenhuizen niet bij voorrang terug wilden opnemen. De cijfers van het bemiddelingsbureau dat dit regelt laten zien dat het niet zo is.'

In de eind maart verschenen Verpleeghuisstatistiek van het Bemiddelingsbureau voor Verpleeghuizen in 's-Gravenhage over 1992 staat dat de wachtlijst voor psychogeriatrische verpleegopname voor het eerst sinds 1986 kleiner is geworden. Dat komt volgens het bureau echter door een andere manier waarop de 'opnamenoodzaak' wordt bepaald. Uitsluitend hoge urgenties tellen nu en dus vervaagt het beeld van de werkelijke behoefte. 'Het reservoir van geïndiceerden echter, waaruit de hoge wachtlijst-urgenties voortkomen, is sterk gegroeid van 31 naar 42% van het totaal aantal aanvragen voor verpleeghuisopname.'

Voor de somatiek geldt, zo zegt de statistiek, dat het aantal aanvragen voor verpleeghuisopname dat al zes jaar een dalende lijn vertoonde, enigszins stijgt. Er zijn geen wachtlijsten, in tegendeel: sinds 1989 wordt regelmatig enige leegstand gemeld.

De Vreeze: 'Op de vraag 'liggen die patiënten verkeerd?' wordt met 'ja' geantwoord. Maar dat is nooit te staven. Het is vrij eenvoudig: er is in Den Haag een overcapaciteit van ziekenhuisbedden, er zijn meer dan genoeg plaatsen in verpleeghuizen en het aantal verzorgingshuizen moet met een kwart worden teruggebracht. De zaak ligt dus anders. Westeinde Ziekenhuis zegt het probleem niet te kennen en dat komt omdat dit ziekenhuis een enorme productie-capaciteit heeft. Op Leyenburg na hebben de andere ziekenhuizen dat duidelijk niet. Het is dus een capaciteitsvraagstuk, in zoverre dat er in verpleeg- en verzorgingshuizen genoeg te schuiven valt, maar dat de meeste ziekenhuizen een onderproductie hebben en dus zo

redeneren: van de verzekering krijgen we nog liever een verpleeghuistarief, dan helemaal geen tarief. En die laten deze patiënten dus niet gaan. Daarbij komt dat de drempel van een verpleeghuis voor de patiënt toch tamelijk hoog is. Daar kom je niet graag terecht. Dat neemt niet weg dat het voor de patiënt een slechte zaak is. Die krijgt in een ziekenhuis niet de zorg die hem of haar toekomt als een verpleeghuis geïndiceerd is.'

'Probleem met mensen die in een ziekenhuis willen blijven liggen is dat ze zich gewoon opgeven voor een verpleeghuis met een lange wachtlijst. Dat weet iedereen, dus dat is niet zo moeilijk.'

'In zoverre is de 'verkeerde-beddenproblematiek' inderdaad een problematiek, dat als je alle heupfracturen en alle CVA's binnen de daarvoor staande termijn doorstuurt naar een verpleeghuis of een psychogeriatrische inrichting er in Den Haag meteen twee ziekenhuizen leeg zijn. Maar dat wordt niet gauw toegegeven.'

'De zaak wringt dus niet in een capaciteitsprobleem. Evenmin is de denominatie een punt. Heel oude mensen zijn daar uiterst soepel in. Als ze katholiek zijn, maar ze vinden de dienst van de dominee prettiger, dan gaan ze naar de dominee en omgekeerd. Ik begrijp dat de joden nu iets voor zich zelf willen en bepaalde etnische groepen ook. Maar dat is helemaal geen probleem,' aldus De Vreeze.

'Iedereen praat over vergrijzing, maar de groep is qua omvang stabiel. De cijfers blijven met name in de stad Den Haag ver achter bij de prognoses. De bejaarden zelf blijken niet veel zin meer te hebben om in een bejaardenhuis te zitten. Ze blijven liever langer thuis. Kwamen ze vroeger op hun 72ste binnen, nu op hun 82ste. De verblijfsduur neemt zo ongeveer met de helft af,' zegt De Vreeze.

'Daar komt bij dat de mensen relatief veel zelf moeten bijdragen en ze hebben ook niet zo veel zin om op afroep van de directeur bingo te gaan spelen. Vandaar de overcapaciteit. Verpleeghuizen doen meer en meer aan zorg bij patiënten thuis. In verpleeghuizen is dus ook genoeg capaciteit. Dat is een autonome ontwikkeling van de laatste tien jaar en heeft niets te maken met overheidsbeleid.'

'Probleem is dan natuurlijk wel wat ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardenoorden gaan doen. Iedere directeur wil liever directeur zijn van een instelling met 150 bedden, dan van een huis met 100 bedden. Dat geldt voor ambtenaren bij rijk en gemeente precies zo. Ieder systeem is geneigd zichzelf te gaan onderhouden. Dat is het pro-

bleem. Ondertussen maken we ons druk om een groep die een steeds kleiner deel van de bevolking uitmaakt en waar goed voor wordt gezorgd.

Psychiater C.A.Th. Reynders, hoofd van de 7 x 24-uursdienst van de Haagse RIAGG, komt niet zozeer in aanraking met de verkeerde-beddenproblematiek, maar heeft daarentegen geregeld moeite om psychiatrische patiënten met een somatisch lijden opgenomen te krijgen. De ellende vertaalt zich naar de poort. "Het gaat dan veelal om een delier als gevolg van organisch lijden. Dat kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door een teveel aan medicijnen, door koorts of kanker. De patiënt gedraagt zich dus een beetje raar en dan denkt men in het ziekenhuis meteen met een psychiatrische patiënt te maken te hebben. Zo iemand kun je praktisch niet laten opnemen. Specialisten redeneren, soms zelfs hardop, van 'we blijven er maanden mee zitten'. Dat geldt in het bijzonder voor het opnemen van bejaarden. Men denkt dat als mevrouw X van haar lichamelijke klachten af is, ze dan niet meer naar huis kan en dat het probleem daarna voor het ziekenhuis is. Meestal is dat onzin. Natuurlijk is iemand zenuwachtig op een EHBO van een ziekenhuis, doet dingen verkeerd of toont wat vergeetachtigheid. Maar daarmee is iemand niet meteen dement. Het ziekenhuis neemt ze dan nogal eens niet op. Er wordt verwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, maar de ziekenboeg daar is natuurlijk minder ingericht voor de behandeling van somatische klachten, waarvoor je naar een ziekenhuis gaat."

'We hebben nogal eens dat patiënten 's avonds worden aangeboden. Dat is hopeloos, want we kunnen er alleen mee naar het ziekenhuis voor een consult. Dan zit je dus met je rug tegen de muur. Je voelt je volledig machteloos. De weigering om mensen op te nemen gaat soms echt te ver. De attitude is zo: iemand van 57 neem je op, bij iemand van 67 frons je je wenkbrauwen en iemand van 77 wordt geweigerd. Het gebeurt niet dagelijks en ik heb ook geen cijfers. Soms gebeurt het drie keer in een week, soms is er in maanden geen probleem. De doorstroom naar inrichtingen zou beter op de behoefte moeten worden afgestemd. Voor jezelf en in de samenwerking met andere hulpverleners in de gezondheidszorg heeft zo'n ervaring een enorme impact. Maar waar het natuurlijk om gaat is dat iemand niet de somatische zorg krijgt waarop hij gewoon recht heeft. Als je jong bent krijg je de zorg wel, als je oud bent niet. Dat is onverteerbaar.'

Gezondheidszorg in een regiovisie

Het belang van de oudere

J.A. Goosen

Overheid, zorgverzekeraars en -aanbieders buigen zich bij voortduring over de nieuwe inrichting van de gezondheidszorg. Wie daarbij weinig wordt gehoord is de gebruiker en de oudere gebruiker zo mogelijk nog minder. Bij de ontwikkeling van een regiovisie, of liever nog: een zorgvisie, zou de inbreng van de patiënten, en zeker die van de goed georganiseerde en niet sectoraal gebonden Stedelijke Ouderencommissie, van pas komen. Ouderen zijn qua zorgvraag verre in de meerderheid en beschikken over de nodige bestuurlijke kwaliteiten.

De organisatie van de gezondheidszorg trilt op haar grondvesten. Iedereen is ervan overtuigd dat het anders moet. Als we zo doorgaan dan wordt de gezondheidszorg onbeheersbaar duur. Er moet meer op elkaar worden afgestemd. In dit kader hoort men tegenwoordig in gemeentelijk verband veel spreken over de 'regiovisie'. De overheid, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zitten regelmatig met elkaar om de tafel. De mening van de zorggebruiker, en in het bijzonder van de oudere zorggebruiker, wordt niet zo vaak gehoord. Drs. J.A. Goosen spreekt zich, in zijn kwaliteit van voorzitter van de Stedelijke Ouderencommissie 's-Gravenhage, tijdens het werkbezoek van staatssecretaris H. Simons aan de gemeente Den Haag op 13 januari jl., uit over noodzakelijke accenten bij het reorganiseren van de gezondheidszorg. De inhoud van zijn voordracht is in dit artikel, vrijwel onverkort, weergegeven.

Regiovisie

'Regiovisie' is een tot op heden nog niet duidelijk omschreven begrip. Primair gaat het om de ontwikkeling van een zorgvisie. De geografische indeling in regio's is daarbij mijns inziens van ondergeschikt belang. Waar het om gaat is dat elke regio een gebied moet zijn, waarbinnen duidelijk samenhangende, goed gecoördineerde en goed gespreide zorgvoorzieningen bestaan. Duidelijke afspraken moeten worden gemaakt om deze samenhang en coördinatie te realiseren.

Over de auteur

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

Regiovisie en ouderen

Een wezenlijk en ernstig probleem daarbij is dat een samenhangend, alles omvattend, beleid niet kan worden bereikt vanwege de verkokering van het aanbod, zoals die voortvloedt uit historisch gegroeide, institutionele zorgvoorzieningen met daarnaast als complicerende factor nog gescheiden financieringsstromen.

De huidige grondgedachte is dat voor aard en inhoud van de te verlenen zorg moet worden uitgegaan van de wensen en behoeften van de zorgvragers, de zogenoemde 'functionele benadering'. Wat dit betreft zitten we, naar mijn mening, nog steeds in de sfeer van wishful thinking. Enkele voorbeelden met betrekking op het ziekenhuis, het verpleeg- en bejaardenhuis en de thuiszorg, kunnen dat illustreren.

Het ziekenhuis

Het ziekenhuis is verreweg de duurste instelling in de gehele zorgsector. Het komt over als een ivoren toren, afgestemd op de technische eisen van de zeer deskundige specialisten en daarom opgesplitst in deelgebieden. De zorg is gericht op het opheffen van tekorten in de gezondheid, zonder beheersing van de kosten en - wat nog veel belangrijker is - zonder veel aandacht voor de patiënt als mens in zijn sociaal en psychisch functioneren. Hiervan noem ik drie voorbeelden.

De ziekenhuizen zijn in het algemeen ingericht en opgedeeld naar de werkerterreinen van de specialisten. Vele ouderen hebben echter een complex ziektebeeld, waarbij verschillende afwijkingen tegelijk kunnen optreden. Behoeften van ouderen waarin ze vanaf een zeker moment niet meer zelf kunnen voorzien en meervoudige tekorten in de gezondheid zullen in het algemeen in aantal en intensiteit toenemen. De wijze waarop het ziekenhuis hierop inspeelt bepaalt voor een belangrijk deel het welbevinden van de oudere patiënt. Maar het ziekenhuis is primair ingesteld op de technische verrichtingen. Het verplegend personeel krijgt in de praktijk weliswaar ervaring in het omgaan met geriatrische patiënten, maar in de opleiding ontbreekt nog een daarop gerichte scholing. Behalve met vakbekwaamheid heeft kwaliteit ook te maken met respect, geduld, liefde en belangstelling voor de patiënten. Maar een te grote werkdruk is daarbij vaak een belemmering. Sommige patiënten, en dat geldt met name voor dementerende ouderen, zijn niet meer in staat

zelfstandig te reageren en voor hen is dus permanent toezicht geboden. Waarom is er wel een aparte kinderafdeling en niet een geriatrische verpleegafdeling? Sommige ziekenhuizen hebben hiermee een zeer gunstige ervaring opgedaan, maar het blijven uitzonderingen. In Den Haag bestaat een dergelijke geriatrische verpleegafdeling nog in geen enkel ziekenhuis.

Een tweede voorbeeld van de ontoereikende zorg voor het welzijn van de patiënt is dat patiënten die niet meer in het ziekenhuis hoeven te worden behandeld vaak nog dagen op vertrek moeten wachten, omdat in de herstelperiode een passende opvang thuis of elders ontbreekt. Hiervoor is een vooraf overeengekomen regeling nodig voor aanvullende hulp thuis, of een goede regeling van tijdelijke opname in een apart opvanghuis dan wel verzorgingshuis, of (terug)plaatsing in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Een te lang verblijf in het ziekenhuis leidt tot onbehagen bij de patiënt en bovendien tot te hoge kosten.

Als laatste voorbeeld zijn er de AWBZ-geïncideerde patiënten die in 1991 waren opgenomen in ziekenhuizen in de Haagse regio en lange tijd moesten wachten op opname in een verpleeghuis. Bij somatische patiënten varieerde dit van veertien dagen tot vier weken en bij psychogeriatrische patiënten was dit zelfs gemiddeld 114 dagen. Vooral de laatste categorie verbleef dan noodgedwongen in een voor hen totaal ongeschikte omgeving. De duur van het wachten op de juiste zorgverlening kan leiden tot verlies van levenskwaliteit en schade aan de gezondheid. En wat wordt hier ook weer een geld verkwist door het verschil in tarieven.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

Bij de beleidsvorming in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt te veel nadruk gelegd op de omvang van de capaciteit, een typisch institutioneel gerichte benadering. Terwijl het bij de burger er juist om gaat zolang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Naast de wens van thuisblijven in de eigen, vertrouwde en huiselijke omgeving gelden nog twee criteria: 'zelfstandig' en 'zo lang mogelijk'. 'Zelfstandig' betekent hier niet dat geen aanvullende hulp nodig zou zijn. Mijns inziens slaat zelfstandig op de mate waarin zelfbeschikking mogelijk is. De norm moet daarbij zijn, dat wordt uitgegaan van de eigen leef-

wijze en de wensen van de cliënt, de mate waarin deze de eigen situatie accepteert en keuzen maakt naar eigen inzichten. Dat zelfstandig kunnen en ook mogen beslissen is al te vaak maar een vrome wens. Het criterium 'zo lang mogelijk' heeft ook een gevaarlijke kant. Zo bleek in de loop van 1992 dat in een toenemend aantal gevallen patiënten te lang waren thuis gebleven, tot de toestand onhoudbaar werd en acute opname was geboden.

Dat brengt mij op het terrein van 'zorg op maat', niet te weinig maar ook niet te veel. Maar over welke maat hebben we het: die van de zorgvrager of die van de zorgaanbieders? Helaas wordt nog te vaak uitgegaan van het institutionele standpunt, gebaseerd op historisch gegroeide gewoonten of principes van instellingen. Op dit terrein speelt de scheiding tussen de soorten instanties en de schotten vanwege levensbeschouwelijke instelling, naast al dan niet vermoede eigenbelangen van de instellingen. Hierbij moet worden gezegd dat dit niet meer in z'n algemeenheid opgaat.

De gedachte wint veld dat verpleeghuizen en vormen van beschut wonen geen gescheiden zorggebieden zijn, maar mengvormen ter voldoening aan individueel bepaalde zorgbehoeften. Dat vereist een visie op samenhang, gebaseerd op samenwerking. Het lijkt mij onvermijdelijk de identiteit van de instellingen daarbij niet onaangeroerd te laten, maar ook dwingend bij de samenwerking te betrekken. Maar vooralsnog vormen het streven naar handhaven van de eigen autonomie en de gescheiden financieringsstromen nog een beletsel. Het begrip 'substitutie' gaat uit van de samenhang tussen de soorten van zorg, maar daarin schuilt het bezwaar van het verdoezelen van de verschillen in zorg. Verzorging van verpleeghuisgeïncideerden in verzorgingshuizen kan op zichzelf een goede bijdrage zijn aan de oplossing van het wachtlijstprobleem van de verpleeghuizen. Maar het roept de vraag op of deze patiënten in het verzorgingshuis wel een volwaardige verpleeghuiszorg zullen krijgen, zowel qua behuizing, volledigheid van de zorg (care plus cure) als qua deskundigheid van het personeel.

Vooralsnog kampen we in de Haagse regio met grote wachtlijsten voor de verpleeghuizen. Per 24 december jl. stonden 447 psychogeriatrische patiënten op de wachtlijst. Het ontwerp-verpleeghuisplan van de provincie Zuid-Holland zoekt de

oplossing van de wachtlijstproblematiek onder andere simpelweg door uit te gaan van een acceptabele gemiddelde wachttijd van zes weken en op dat moment zouden de cliënten dan niet meer op de wachtlijst horen. Een oplossing van 'wat men niet ziet, dat deert ook niet'! En voor de rest wordt de oplossing gezocht in langer thuis blijven, met dagbehandeling, flankerend beleid en vooral met meer thuiszorg. Het thuisfront zit dan echter met de bezwaren, dat de mantelzorg onvoldoende is of het niet langer aan kan en de professionele zorg tekort schiet. Kruiswerk en gezinszorg doen veel en goed werk, maar er zijn hiaten. Dat wordt geweten aan personeelstekort en te weinig financiële middelen. Een oplossing wordt gezocht in het samengaan van kruiswerk en gezinszorg. In Den Haag zijn deze beide instellingen reeds twee jaar geleden formeel gefuseerd. Maar van materieel samengaan en zelfs van coördinatie is tot heden toe nog weinig sprake. Ze werken nog steeds met gescheiden zorgverleningen, wat leidt tot inefficiëntie en tot onnodige overlast voor de patiënten.

Vrijwilligers moeten dan de uitkomst brengen, maar hun aantal loopt terug terwijl de vraag gestaag toeneemt. In september 1992 werd in Den Haag een grote wervingsactie gehouden met de inzet van honderden personen. Dat leverde slechts honderd nieuwe aanmeldingen op, wat wijst op de noodzaak van structureel herhaalde wervingsacties, naast maatregelen om het bestaande potentieel ook te handhaven. Dit vraagt om een vrijwilligersbeleid, waarbij de overheden zich best eens mogen realiseren, dat dit gerust wat mag kosten, de vrijwilligers zorgen immers voor een zeer grote kostenbesparing.

Centrale meldpunten

Voorafgaand aan de concrete hulpvraag ligt het probleem, welke zorg te vragen en tot wie zich te richten.

In de Sociale Gids van Den Haag staan voor Den Haag niet minder dan 159 organisaties alleen al op het terrein van de gezondheidszorg! Dat probleem kan worden opgelost door het instellen van centrale meldpunten in de wijken: één loket voor alle informatie, aanmelding, indicering, toewijzing van hulp, begeleiding en evaluatie.

De gemeente Den Haag had een goed plan voor twee experimenten met centra voor thuiszorg, die moesten starten op 1 januari 1991. Voorwaarde

Regiovisie en ouderen

was daarvoor samenwerking, waarbij een deel van de autonomie van de instellingen moest worden ingeleverd. De indicatiestelling voor de noodzakelijke zorg zou moeten geschieden door een onafhankelijke instantie, die daarna ook het zorgplan opstelt. De dienstaanbieders zijn dan noodzakelijkerwijs aan dat behandelplan gehouden. De experimenten zijn op een faliekante mislukking uitgelopen, doordat ze bij de instellingen op grote bezwaren stuitten, vooral bij het kruiswerk en de gezinszorg, wat alles te maken had met de wens autonoom te blijven.

Preventie

Er wordt weinig gedaan aan preventie voor ouderen. Ziektekostenverzekeraars, nu zorgverzekeraars, dragen slechts op incidentele basis bij tot preventieve maatregelen, omdat het effect van kostenbesparing moeilijk aantoonbaar is. In het kader van preventie en vroegtijdige herkenning presenteerde de SOC* een plan voor welzijnsbezoeken in Den Haag aan tachtig-plussers. Uit een recent onderzoek bij zeventig-jarigen en ouder in een Haagse wijk bleek, dat rond 15% van hen vaak eenzaam is, wat zeer drastische gevolgen kan hebben. Ons plan stuitte echter op het bezwaar dat hiervoor geen extra geld beschikbaar was. Toch zou uitstel van opname in een verpleeghuis van één jaar van slechts één patiënt de kosten van dit plan voor heel Den Haag ruimschoots dekken.

Er wordt ook te weinig gedaan aan vroegtijdige herkenning van afwijkingen in gezondheid. Als dat wel zou gebeuren, zouden in een vroeg stadium passende maatregelen kunnen worden genomen met een behandeling, die de ziekte kan voorkomen of wegnemen, of ten minste afremmen.

De SOC wees de gemeente Den Haag er al eerder op dat nogal wat mensen rondlopen met vage klachten of de vrees voor kwalen, met name voor dementie. Er werd in dat verband gepleit voor het instellen van consultatiebureaus, waar men terecht kan voor diagnostische onderzoeken en consultatieve advisering. Het zijn meestal ouderen, die met problemen kampen of klachten hebben van niet-ernstige aard. Waarom zijn er eigenlijk consultatiebureaus voor zuigelingen en niet voor ouderen?

De problemen van ouderen krijgen vaak te weinig aandacht. Er zijn nog te weinig geriateren. Vele



huisartsen hebben weliswaar ervaring opgedaan met geriatrische patiënten, maar ze hebben het te druk en hun opleiding voorzag destijds nog niet in het bijbrengen van specifieke kennis op dit terrein. Er bestaan voor de huisartsen wel mogelijkheden voor consultatie bij verpleeghuisartsen, maar veel huisartsen zijn doe-het-zelvers; ze hebben er geen tijd voor en ze maken te weinig gebruik van deze mogelijkheid. En dus moeten we pleiten voor een aanvullende voorziening.

Regiovisie als instrument

Wordt bij de voorgenomen stelselwijziging wel voldoende aan de belangen van de oudere gedacht? De belangstelling gaat, wat de gebruikers betreft, vooral uit naar de patiëntenorganisaties met voorbijgaan van de ouderen. De patiëntenplatforms zijn voornamelijk samengesteld uit categoriale patiëntengroepen. In Den Haag telde ik dertig categoriale groeperingen tegenover slechts twee verenigingen van algemene patiëntenbelangen.

Hun streven is op de eerste plaats gericht op onderling contact van patiënten met dezelfde afwijking. Dat brengt met zich mee dat de bestuurlijke organisatie nog veel te wensen overlaat. Daartegenover staat dat de ouderen qua zorgvraag kwantitatief verre in de meerderheid zijn, dat ze goed zijn georganiseerd en dat ze over de nodige bestuurlijke kwaliteiten beschikken.

De indeling in drie partijen (overheid, zorgverzekeraar en zorgaanbieders) tendert te veel in de richting van tegenstrijdige belangen. Een duidelijke aanwijzing daarvoor is dat zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders streven naar een steviger onderhandelingspositie door middel van concernvorming en fusies. Toch kan een stelselwijziging alleen succes hebben als wordt gewerkt op basis van samenwerking.

Bij een regiovisie gaat het primair om samenwerking en samenhang in een bepaald gebied. Vele van de bovenstaande tekorten zijn terug te brengen tot falen wat die principes betreft.

Een van de belangrijkste doelstellingen van de staatssecretaris bij de modernisering van de zorgsector is de partijen te kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheid: het systeem van de 'overheid op afstand'. De partijen krijgen daarbij een zekere vrijheid, maar dit laat onverlet dat de landelijke en de lagere overheden een eigen verantwoordelijkheid met een eigen taak hebben. Het is juist de overheid, die bij uitstek het totale beeld kent en vanuit haar eigen verantwoordelijkheid de partijen kan aanspreken op een beter zorgsysteem.

De beoogde vrije werking van het marktmechanisme maakt overheidsingrijpen niet bij voorbaat overbodig. Hiervan zijn talloze voorbeelden te zien in de Nederlandse economie, waarin de overheid bij of naast de partijen stimulerend en ook zelfregulerend optreedt, naast of zelfs vanwege de vrije markt.

Vooralsnog zullen we wel moeten doortobben met de verkokering. Het grote ideaal achter het nieuwe zorgsysteem blijft echter dat de drie partijen tot een eenduidige zorgregeling zullen komen. Alleen bij een algemeen streven naar samenwerking kan door een gezamenlijke inspanning het ideaal van de modernisering van de zorgsector worden gerealiseerd. Primaire voorwaarde is dan, mijns inziens, uit te gaan van de opstelling en uitwerking van een regiovisie.

** Stedelijke Ouderencommissie 's-Gravenhage (SOC). Het is een vereniging, waarvan 26 Haagse organisaties voor ouderenbelangen lid zijn. De taak van het SOC is de belangen van de 83.000 Haagse ouderen te behartigen, onder meer door inspraak en advies naar het overheidsapparaat, in eerste instantie de gemeente Den Haag.*

Is er een markt voor GVO?

W.J.F.I. Nuijens

Betreden de zorgverzekeraars de markt van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding? Opmerkelijke overwegingen: voor diabetes kun je niet te veel doen, want als je het goed doet trek je suikerpatiënten aan. En dat zijn niet bepaald de prettigste risico's voor een zorgverzekeraar. Met fitnessprogramma's ligt dat anders. Daar trek je gezonde yuppies mee aan, die een goede premie betalen en weinig kosten maken. De zorgverzekering als 'rationeel handelende onderneming'.

Is er een markt voor GVO (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding)? Deze vraag stond centraal tijdens het symposium op 21 april jl. Met dit symposium vierde de vakgroep GVO, onderdeel van de Dienst Welzijn in Den Haag, haar 25-jarig bestaan. Een dag met een feestelijk tintje, gevierd met beroepskrachten, die in hun werk de mensen voorlichten over hun gezondheid. Feestelijk maar ook met een serieuze blik op de toekomst. De stelselherziening in de gezondheidszorg heeft onder andere tot gevolg dat de verzekeraars en de zorginstellingen meer verantwoording krijgen voor de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Eén van de mechanismen die daarvoor moeten zorgen, is de 'markt van vraag en aanbod'. De vraag is welke ruimte daarbij is ingeruimd voor activiteiten ter voorkoming van ziekten, met name voor GVO. Kunnen we straks zeggen: 'Er is een markt voor GVO!'?

Onder de strakke leiding van dagvoorzitter mevrouw prof. dr. H.M. Langeveld, emeritus-hoogleraar emancipatievraagstukken aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, gaven verschillende prominenten hierover hun mening.

Prof. dr. K.G. König en dr. G.J. Truin van de Katholieke Universiteit Nijmegen deden verslag van de gunstige ontwikkeling van de gebits-toestand bij de Haagse jeugd onder invloed van intensieve (T)GVO-activiteiten en onderstreepten daarmee het belang van (T)GVO. Prof.dr. E.W. Roscam Abbing ging in op de specifieke eigenschappen van een stad als Den Haag, een stad die steeds meer een multiculturele samenleving wordt. Hij was van oordeel dat de verantwoordelijkheid voor preventie bij de overheid

Over de auteur

W.J.F.I. Nuijens, hoofd afdeling Onderzoek en Documentatie van de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars in Zeist

moet blijven liggen. Volgens drs. J.J. Luijten, wethouder Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg, is de coördinerende en stimulerende rol die GVO Den Haag de afgelopen jaren speelde, ook in de toekomst een gemeentelijke taak bij uitstek.

Maar wat is de nutswaarde van GVO voor de zorgverzekeraar, de voornaamste financier op de gezondheidsmarkt? Hierover liet drs. W.J.F.I. Nuijens, hoofd van de afdeling Onderzoek en Documentatie van de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, zijn licht schijnen. De belangrijkste onderdelen van zijn voordracht geven we hier weer.

De zorgverzekeraar op de markt

'Wat betekenen de veranderingen in het kader van de stelselwijziging nu voor GVO? Ik denk dat GVO in wezen een rendabele activiteit kan zijn. En daar bedoel ik mee een activiteit die op termijn tot een lagere consumptie van gezondheidszorg zal leiden en daarmee kostenbesparend werkt. Dus GVO is wat dat betreft zeker een vorm van zorg die voor een verzekeraar aantrekkelijk zal kunnen zijn. Ik wijs er overigens op dat ook nu al een flink aantal GVO-activiteiten in de totale ambiance van de zorg zijn geïncorporeerd. De tandheelkunde is daar een heel mooi voorbeeld van. Tandheelkundige jeugdzorg, bekostigt uit de ziekenfondspremies, bevat een flink deel (T)GVO. Maar de vraag waar het hier om gaat is niet zo zeer of diverse GVO-activiteiten maatschappelijk rendabel zijn - ik denk dat we daarover redelijk snel tot overeenstemming kunnen komen - maar of GVO-activiteiten vanzelfsprekend zullen worden gecontracteerd door een individuele zorgverzekeraar. Let wel: een 'individuele' zorgverzekeraar. Wat is zijn positie? Hoe verzekert hij zijn voortbestaan? Hoe kan hij zich aantrekkelijk maken voor zijn verzekerden? Wat zijn zinnige activiteiten, op het gebied van GVO, die hij, voor zover hij keuzevrijheid krijgt van de overheid, al of niet kan opnemen in het verplichte of in het aanvullende pakket?

Op de eerste plaats mag er geen nadelige risicoselectie ontstaan. Ik zal een voorbeeld noemen. Stel dat er een heel zinnig voorlichtingsprogramma bestaat voor diabetespatiënten, dat gepaard gaat met andere preventieve maatregelen. Hoe zinnig die activiteiten op zichzelf ook zijn, een indivi-

duele zorgverzekeraar zal er in het geheel niet toe overgaan, of pas na grote aarzeling, wanneer de kans bestaat dat hij, als hij zich heel aantrekkelijk maakt voor diabetespatiënten, juist deze patiënten naar zich toe trekt. In die positie zal deze zorgverzekeraar niet zo snel toehappen. Dit komt omdat het budget dat hij krijgt tot dusverre geen rekening houdt met verschillen in gezondheid van zijn verzekerdenbestand. En wanneer daarin door die activiteit duidelijke negatieve afwijkingen ontstaan heeft hij toch wel een financieel probleem. Als de overheid zegt: voor diabetespatiënten in uw bestand krijgt u een extra budget dan ligt de zaak natuurlijk anders. Maar zolang dat niet het geval is, zal de individuele zorgverzekeraar toch een zekere nadelige risicoselectie door deze activiteiten ontwikkelen en zal hij veel liever GVO-activiteiten ondernemen die een positieve uitstraling hebben qua risicoselectie. Ik denk bijvoorbeeld aan de populariteit van fitnessprogramma's. Dat is ook een vorm van GVO. Van een dergelijke gezonde levensstijl - of dat nu een hele effectieve vorm van preventie en GVO is laat ik even in het midden - gaat waarschijnlijk eerder een positieve selectie uit. De individuele zorgverzekeraar krijgt er yuppies mee in z'n bestand die graag joggen en aan groepstraining doen. Dat is natuurlijk een veel aantrekkelijker groep verzekerden om te werven dan een groep chronisch zieken. Nogmaals, dat geldt in het huidige stelsel van budgettering. En dat is geen kwestie van sociaal gedrag van de individuele zorgverzekeraar, maar het is gewoon een kwestie van overleven. Men kan niet socialer zijn dan het stelsel toelaat. Ik denk bovendien dat een individuele zorgverzekeraar best GVO in zijn programma wil opnemen, maar hij zal geen hoge kosten maken waar verzekeraars van concurrerende maatschappijen evenveel profijt van hebben. Hij zal in principe



Dhr. Nuijens tijdens het symposium.

die GVO-activiteiten willen inkopen die op zijn verzekerdenbestand zijn gericht. Dat lijkt mij uit bedrijfseconomisch gezichtspunt begrijpelijk. Overigens kunnen GVO-activiteiten ook klantenbinding scheppen, en dat is weer aantrekkelijk.

Komen de baten wel bij de zorgverzekeraar?

Nu het veel geroemde rendement van GVO. Veel verzekeringsmaatschappijen zeggen: ja, als dat rendement van GVO pas over twintig jaar te merken is en we nu alleen maar met hoge kosten worden geconfronteerd, staan ze toch wel wat aarzelend tegenover een dergelijke onderneming. En wanneer de vermindering van lasten pas in de toekomst optreedt en dan bijvoorbeeld alleen bij de overheid of alleen bij de werkgevers (ziekteverzuim), en de zorgverzekeraar de vruchten daarvan helemaal niet plukt, zal het animo ook minder groot zijn.

En ten slotte zal GVO moeten worden gecombineerd met andersoortige verzekeringen, want een zorgverzekeraar zal meer soorten producten op de markt willen brengen. GVO-activiteiten moeten passen in het totale beeld en in het totale productenpakket dat een verzekeraar aanbiedt en dat kan heel divers zijn.

Samenvattend sluit ik dus zeker niet uit dat de individuele zorgverzekeraar GVO-activiteiten contracteert, maar aan de genoemde voorwaarden zal waarschijnlijk toch wel moeten zijn voldaan.

Samenwerking nuttig

Ik wil echter niet negatief blijven, want er zijn natuurlijk ook andere mogelijkheden. Ik wijs dan op de eerste plaats op samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars. Als zorgverzekeraars op bepaalde punten samenwerken, is het probleem van uitsluiting van derden en dergelijke niet langer, of in mindere mate aanwezig. Deze samenwerkingsverbanden kunnen op lokaal, op regionaal en uiteraard op nationaal gebied plaatsvinden. In het verleden hebben we dat al gezien, zoals 'Nederland Oké' dat ook samen met de zorgverzekeraars, toen nog de ziekenfondsen, is opgezet. Dat soort samenwerkingsverbanden, branchegewijs, kunnen natuurlijk vruchtbaar zijn. Ik weet dat Haaglanden en Azivo in ieder geval op een flink aantal terreinen samenwerken en dat

betekent dat ze bijvoorbeeld voor de groep mensen waar ze een groot marktaandeel in hebben een gezamenlijk programma kunnen ontwikkelen. Want het is heel moeilijk om bijvoorbeeld tegen een voorlichter te zeggen: als het een verzekerde van Azivo is dan moet u hem of haar uitgebreid GVO geven, maar als het een verzekerde van Haaglanden is dan moet u dat niet doen. Samenwerking kan een stuk van deze problematiek oplossen.

Op de tweede plaats is het beter dat een zorgverzekeraar op een aantal punten geen individueel risico loopt. Bijvoorbeeld bij de klassieke AWBZ-verstrekkings, dat zijn de onverzekerbare risico's, de gehandicaptenzorg, de langdurige verpleging en verzorging, enzovoort. In dat kader lijkt het mij heel zinnig dat er via subsidieregelingen of regionale budgettering en dergelijke voor wordt gezorgd dat verzekeraars toch bepaalde GVO-programma's contracteren.

En ten slotte de collectieve contracten. Hier bedoel ik mee dat de werkgevers, de gemeente en de zorgverzekeraars een gezamenlijke verantwoordelijkheid creëren voor een veelomvattend pakket. Het is best mogelijk dat zorgverzekeraars met een GGD, met een Sociale Dienst of met de gemeente als geheel op bepaalde punten een contract sluiten waarbij de organisatie en bekostiging van activiteiten in het kader van preventie en GVO worden afgesproken. Op dat punt kan de sociale vernieuwing ook haar uitstraling naar de gezondheidszorg hebben. Dit overwegende ben ik dus echt niet alleen maar negatief. Integendeel, er zijn zeker mogelijkheden voor GVO, ook in het nieuwe stelsel. Maar voor de individuele verzekeraar zal die rol toch beperkt blijven. Op dat gebied zal naar mijn mening typisch een aantal branche-activiteiten of regionaal gerichte activiteiten nodig blijven.'

Verstand van verzekeren

'Ja, je hoort ook wel eens beweren dat zorgverzekeraars helemaal niet gebaat zijn bij preventie want mensen leven daardoor langer en kosten meer aan gezondheidszorg. Maar een hele slimme ziekenfondsdirecteur zei: het kan wel zo zijn dat de goedkoopste verzekerde een dode verzekerde is, maar die betaalt ook geen premie en die hebben we natuurlijk wel heel graag.' Die had pas echt verstand van verzekeren!

Geneeskundige hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen

J.C.J. Zandbergen

Een F-16 stort neer op Hengelo, een aardbeving treft Limburg, een groot busongeluk gebeurt in Breda, een vrachtliegtuig stort neer op de Bijlmermeer. Een ramp lijkt nooit in Den Haag te gebeuren. Een grote ramp in pension De Vogel is tragisch en eist elf mensenlevens, maar is geen ramp in de zin van de wet. Maar voor het geval zo iets wel plaatsvindt liggen plannen klaar. Binnen anderhalf uur zijn er dan bijvoorbeeld 90 tot 130 ambulances paraat en drie peletons hulpverleners van 65 man. Elke ramp biedt nieuwe inzichten.

Een ramp kan zich overal voltrekken. Gelukkig hebben we in Den Haag gedurende de laatste decennia geen ramp meegemaakt, maar er zijn voldoende voorbeelden van rampen die elders hebben plaatsgevonden die hier evengoed hadden kunnen gebeuren. Achter de schermen denkt ook 'Den Haag' mee over de wijze waarop dergelijke plotselinge gebeurtenissen (hadden) moeten worden bestreden.

Er hebben zich in Den Haag wel een aantal grootschalige ongevallen voorgedaan, waarbij uitgebreide geneeskundige hulpverlening noodzakelijk had kunnen zijn. Zoals de uitstoot van (mogelijk) gevaarlijke stoffen en de branden in de overdekte winkelpromenade 'De Passage' en in pension 'De Vogel'.

Hoe de geneeskundige hulpverlening bij rampen is georganiseerd zal ik in dit artikel - in hoofdlijnen - weergeven.

Wat is een ramp?

In de zin van de rampenwet is een ramp een gebeurtenis waardoor 'een ernstige verstoring van de algemene veiligheid is ontstaan, waarbij het leven en de gezondheid van vele personen dan wel

Over de auteur

J.C.J. Zandbergen, regionaal-coördinator geneeskundige hulpverlening voor de GGD'en Den Haag, Delft-Westland/Oostland en West-Holland.

Hij is belast met de voorbereiding van het geneeskundige deel van de hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen en van evenementen, waaraan risico's, van enigerlei aard, zijn verbonden. Bij operationeel optreden treedt hij op als hoofd sectie geneeskundige aangelegenheden.

Hulp bij rampen

materiële belangen in ernstige mate bedreigd worden en waarbij een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines vereist is'.

Op grond van deze definitie zou je kunnen stellen dat de ramp met het EL-AL vliegtuig in de Bijlmermeer voldeed aan deze definitie. En bijvoorbeeld het verkeersongeval bij Breda of het treinongeval bij Hoofddorp of de brand in pension 'De Vogel' - wat we allen hebben ervaren als een ramp - niet. Het hanteren van de definitie van een ramp kan - aan de hand van de eerste signalen, zeer moeilijk zijn. Vaak pas tijdens de bestrijding van de ramp (die zich niet in een keurslijf laat drukken) en soms zelfs pas achteraf weten we, hoe we het beste hulp hadden kunnen verlenen.

Wat is nu de waarde van een rampenplan, de voorbereide bestrijdingsplannen en de draaiboeken van gemeentelijke diensten? Op het moment dat zich een ernstig ongeval voordoet, waarbij grootschalige hulp in de meest brede zin moet worden verleend aan mensen, zijn de gemeentelijke diensten geprepareerd op de wijze waarop dat moet worden gedaan: er is vooraf gecoördineerd welke dienst waar verantwoordelijk voor is. Deze samenhang moet - los van de wettelijke definitie - waarborgen dat adequaat hulp kan worden geboden. Ook voor grote evenementen waaraan risico's kunnen zijn verbonden maakt de GGD, in overleg met de politie, de brandweer en de organisator van het evenement, draaiboeken over de wijze van optreden in geval zich een grootschalig ongeval voordoet. Voorbeelden hiervan zijn risico-wedstrijden van FC Den Haag, vliegfeesten, Park-Pop, Prinsjesdag, enzovoort.

Organisatie

In geval van een ramp heeft de burgemeester formeel het opperbevel over alle bij de rampenbestrijding betrokken gemeentelijke diensten en organisaties. Hij formeert een beleidsteam waarin in ieder geval zitting hebben de directeur van de GGD, de commandant van de brandweer en de korpschef van politie en wellicht ook andere directeuren van gemeentelijke diensten. De burgemeester wordt operationeel bijgestaan door een team dat is samengesteld uit de voor de uitvoering aangewezen medewerkers van in ieder geval de politie, de brandweer en de GGD. Deze functionarissen laten zich weer bijstaan door mensen in

het actiecentrum (regelcentrum van de gemeentelijke dienst). Voor de operationele afstemming van te verrichten werkzaamheden is dit team verantwoordelijk op basis van gelijkwaardigheid.

De GGD

Taken

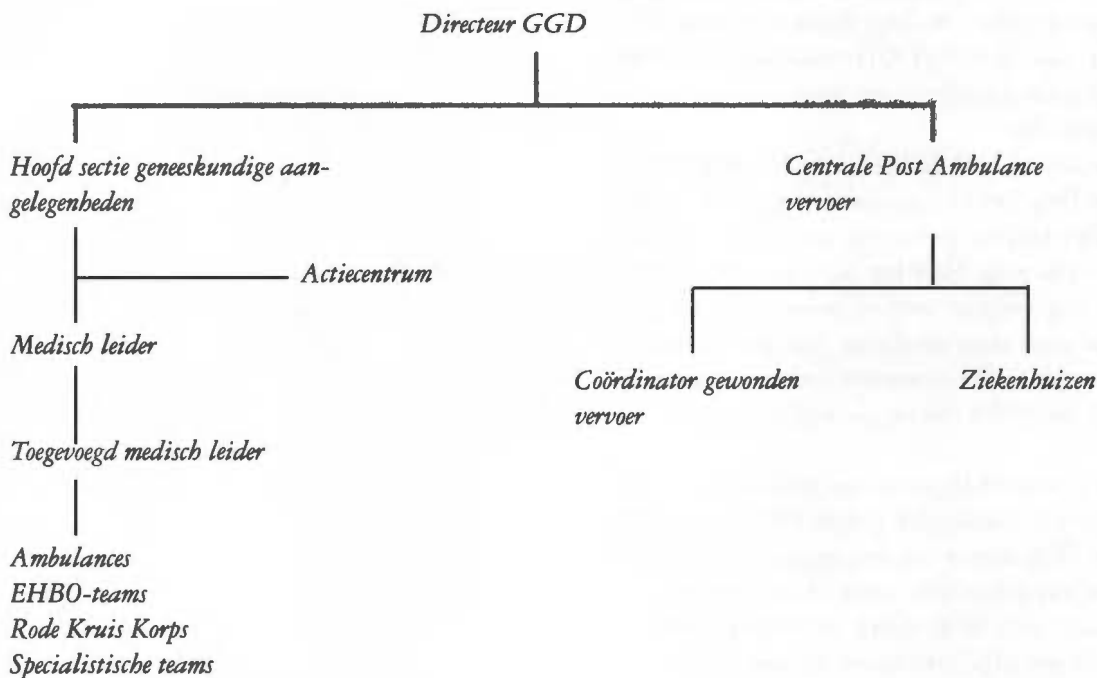
Aan de GGD zijn in het rampenplan onder andere de volgende taken opgedragen:

- leiding en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening. Dat betekent in overleg met andere diensten zorgdragen voor een adequate hulpverlening aan slachtoffers, regelen van vervoer van slachtoffers, afstemmen van eerste-hulpcapaciteit van ziekenhuizen op het aanbod van slachtoffers, het invoeren van bijstand van ambulances uit andere regio's en van meer specialistische teams alsmede van het Rode Kruis, enzovoort;
- het regelen van medische en psychosociale opvang bij evacuatie van slachtoffers en daklozen; het verrichten van inentingen; ontsmetten en zonodig nemen van quarantaine maatregelen bij vrijkomen van gevaarlijke stoffen;
- het constateren van de dood en assisteren bij identificatie van slachtoffers. Ook het verstrekken van informatie over slachtoffers, waar ze naar toe zijn vervoerd, enzovoort;
- het zorgdragen voor voldoende middelen om hulp te kunnen verlenen;
- en last but not least het verlenen van de noodzakelijke hulp aan de hulpverlener zelf. Dit is slechts een globale weergave van de taken waar de GGD voor staat.

Uitvoering

De directeur van de GGD is verantwoordelijk voor het hele proces van de geneeskundige hulpverlening. Hij stemt het beleid af op dat van anderen in de beleidsstaf en geeft opdrachten over de wijze van uitvoering aan het hoofd sectie geneeskundige aangelegenheden (HSGA), die dit in het operationele team afstemt met de verantwoordelijken van andere disciplines (brandweer, politie en dergelijke). Het HSGA wordt geadviseerd en geassisteerd door medewerkers van de GGD, die afhankelijk van de situatie op grond van hun specialistische kennis worden opgeroepen. Hij geeft leiding aan de medisch leider rampterrein, zonder te treden in zijn medische

Geneeskundige hulpverlening bij rampbestrijding



bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Want de medisch leider is belast met de coördinatie ter plaatse, samen met andere disciplines, en met de leiding aan het ingezette geneeskundig potentieel. Onder laatstgenoemde staat weer een zogenoemd toegevoegd medisch leider die in het veld de ambulances, het Rode Kruis Korps, de EHBO en de specialistische teams stuurt. Hij regelt de ambulancestroom in overleg met mensen van het speciaal daarvoor ingerichte 'ziekenautostation'. Dat station wordt door de Centrale Post Ambulance Vervoer (CPA) ingezet en de daarin aanwezige coördinator gewondenvervoer neemt de taak van de CPA voor het rampgebied over. De wisselwerking tussen toegevoegd medisch leider en coördinator gewondenvervoer is van wezenlijk belang in het kader van de afvoer van slachtoffers op basis van de prioriteitstelling. Via de CPA ontvangt de coördinator gewondenvervoer berichten naar welke ziekenhuizen de gewonden kunnen worden vervoerd. Via een geautomatiseerd gewondenspreidingssysteem kan deze coördinator redelijk zelfstandig het vervoer regelen. Van de ziekenhuizen wordt verwacht dat ze een gewondenopvangplan hebben om in noodsituaties grote aantallen gewonden op te nemen en te verzorgen. Het actiecentrum neemt de organisatie van alle

overige taken op zich en geeft leiding aan de uitvoering.

Inmiddels zijn (concept)draaiboeken en operationele instructies gemaakt over de wijze van uitvoering van alle in het rampenplan genoemde taken. Voor de wijze van uitvoering daarvan in relatie tot niet-GGD organisaties zal binnenkort met deze organisaties worden overlegd.

De wet

De wettelijke basis voor de rampenbestrijding is te vinden in de Gemeentewet, de Rampenwet, de Brandweerwet en voor het geneeskundige deel van de rampenbestrijding in de Wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen (WGHR). Zowel bij de voorbereiding als bij de daadwerkelijke uitvoering van de geneeskundige hulpverlening is aan de GGD'en de leiding hierover toegewezen.

Vooruitlopend op een gemeenschappelijke regeling, zoals in de WGHR gesteld, is een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen de GGD'en Den Haag, Delft-Westland/Oostland en West-Holland inhoudende het regionaal samen-

Hulp bij rampen

werken op het gebied van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Het totale gebied (ook CPA-gebied, politieregio en toekomstige brandweerregio) kent dan operationeel gezien eenzelfde wijze van optreden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van elkaars (GGD-)medewerkers. Immers een gemeentelijke ramp heeft snel een regionale uitstraling.

De financiering van de kosten verbonden aan de voorbereiding van het geneeskundige deel van de rampenbestrijding geschiedt van rijkswege, althans dit jaar nog. Naar het zich laat aanzien kan in 1993 nog neutraal worden gewerkt. Vanaf volgend jaar gaan deze middelen, die nu nog rechtstreeks aan de GGD'en worden uitbetaald, naar de algemene middelen van de gemeente.

Voor de daadwerkelijke rampenbestrijding is in deze regio een aanzienlijk potentieel inzetbaar. In ongeveer 90 minuten kan in gunstige omstandigheden worden beschikt over 90 tot bijna 130 ambulances; drie Rode Kruis peletons à 65 man; een aantal specialistische teams en voor de opvang van slachtoffers natuurlijk over andere vrijwilligersorganisaties en het Rode Kruis. De juiste inzet van dat potentieel vraagt om planning en samenwerking met andere disciplines, zeker politie en brandweer. Dit potentieel gelijktijdig op de ramp 'loslaten' geeft een chaos. Het planmatig vermeerderen van het potentieel noemen we opschaling. De complete opschaling kan na twee uur zijn voltooid.

Rampen en grootschalige ongevallen gebeuren niet uitsluitend bij anderen. Zelf kunnen we daar ook mee worden geconfronteerd. Nadenken en plannen voor het ergste kan een bijdrage zijn bij de normale dagelijkse hulpverlening om zo de kwaliteit daarvan nog verder te verhogen.

Kent Den Haag haar verslavingsproblemen? _____

R. Leenbeer en W.J. Schudel

De verslavingsproblematiek in de grote steden neemt toe en wordt complexer. Nu de ambulante zorg is gedecentraliseerd, is het voor een stad als Den Haag van groot belang een redelijk beeld te hebben van aard en omvang. Tot nu toe moeten die worden geschat met methoden die daarvoor niet geschikt zijn. In een samenwerkingsverband van GGD, politie, instellingen voor verslavingszorg en het psychiatrisch ziekenhuis zou een scherper inzicht kunnen worden verkregen.

De landelijke decentralisatie van de ambulante verslavingszorg heeft tot gevolg dat gemeenten voor de bepaling van beleid kennis nodig hebben over de aard en de omvang van het verslavingsprobleem binnen hun gemeentegrenzen.

Kennelijk ontbreekt het hen aan die epidemiologische gegevens en wordt de vraag gesteld aan de verslavingszorginstellingen. Deze hebben die onderzoeksgegevens echter óók niet! Wel kunnen ze met behulp van hun cliëntengegevens een beeld geven van de omvang en de kenmerken van de groep verslaafden die zich voor hulp bij hen heeft aangemeld. Dit is echter slechts een fractie van het aantal mensen dat verslavingsproblemen kent of problemen heeft met het gebruik van verslavende middelen als alcohol, drugs of medicijnen. Gokken kan aan dit rijtje worden toegevoegd, met de kanttekening dat het niet om een verslavend middel gaat, maar om een gedragsvorm die risico's van verslaving in zich houdt.

Waar hebben we het over als we spreken over verslavingsproblematiek in Den Haag? Hoeveel en welk type verslaafden telt Den Haag en wat zijn de ontwikkelingen geweest in de afgelopen jaren? Voor een antwoord op deze vragen zijn we (vooralnog) aangewezen op het maken van schattingen. Dit kunnen we op twee manieren doen. We kunnen de landelijke cijfers bekijken en vervolgens 'toerekenen' naar de Haagse populatie. En we kunnen ons baseren op registratiegegevens van de mensen die zich voor hulp hebben aangemeld bij het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'

Over de auteurs

R. Leenbeer, hoofd Klinische Zorg van het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat' te Den Haag en prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam



De kliniek 'Zeestraat' in Den Haag

in Den Haag omdat dit centrum bijna alle verslaafden 'ziet' die in de regio Den Haag in behandeling zijn. Hierbij moet echter wel worden opgemerkt dat de groep hulpvragers weleens andere (bijvoorbeeld demografische) kenmerken zou kunnen hebben dan de populatie verslaafden als geheel.

Landelijke cijfers

Alcohol

De alcoholconsumptie is per hoofd van de bevolking tussen 1960 en 1980 verdrievoudigd. Daarna is het alcoholgebruik gestabiliseerd. Maar jongeren drinken nu vaker en in grotere hoeveelheden dan oudere groepen. In 1984 werd in Nederland 8,4 liter alcohol per inwoner gedronken. (Frankrijk 13,3 liter en Zweden 5,5 liter) (1). Het aantal probleemdrinkers wordt geschat op 600.000 tot 700.000. (Probleemdrinkers, waaronder de categorie alcoholisten, zijn mensen die dagelijks meer dan acht glazen alcohol drinken.)

Behalve dat het gebruik van grote hoeveelheden alcohol een risicofactor is voor vele lichamelijke en psychische aandoeningen (zoals coronaire- en cerebrovasculaire aandoeningen, levercirrose, gevolgen van verkeersongelukken en de ziekte van Korsakow) brengt alcoholgebruik ook sociale problemen met zich mee. Alcohol speelt een (vaak katalyserende) rol bij agressief gedrag, vandalisme en andere ordeverstoringen. De ontremmende werking van de stof is hierbij van belang. Onderzoek in Groningen wees uit dat bij 41% van de agressiedelicten alcohol in het spel was (2). Ten slotte zien we bij 5% van de werknemers ernstige alcoholproblemen (3). Ze presteren gemiddeld 25% minder dan niet drinkende collega's.

Drugs

Het heroïnegebruik is na een sterke toename tussen 1972 en 1985 niet meer gestegen en heeft zich gestabiliseerd. Het aantal hard-drugsgebruikers in Nederland wordt momenteel geschat op landelijk 20.000 tot 22.000 (opgave van de Nederlandse Vereniging voor Consultatiebureaus).

De meeste heroïneverslaafden zijn mannen (75%), relatief jong (80% is tussen de 21-34 jaar), autochtoon en hebben een opleiding op mavo/lboniveau of lager. Drugsverslaving onder groepen allochtone jongeren neemt echter de laatste jaren sterk toe.

We noemen enkele aspecten waarin de aard van de drugsproblematiek - gericht op de Haagse situatie - verandert. De populatie heroïneverslaafden wordt in het algemeen ouder en zieker. Belangrijk hierbij is dat het gaat om verslaafden die psychiatrische hulp nodig hebben. Een schatting voor Den Haag levert 100-150 zogenaamde 'extreem problematische drugsgebruikers' op.

De lichamelijke gezondheid van cliënten verbonden aan het Haagse methadonprogramma is relatief goed te noemen. Door een scherpe controle worden ziekten in een vroegtijdig stadium gesignaleerd en behandeld. De laatste jaren zijn binnen deze groep geen overlijdensgevallen bekend die met verslaving in verband kunnen worden gebracht

Verder nemen problemen met de kinderen van drugsverslaafden toe. In Den Haag functioneert reeds geruime tijd een project dat zich richt op deze risicogroep (Haags Hulpverleningsproject aan (ex)Drugsverslaafde Ouders en hun Kinderen).

Hoewel het aantal AIDS-patiënten in Nederland en ook in Den Haag relatief klein is bestaat nog altijd de vrees van verspreiding van het virus door besmette verslaafden. Bij het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat' zijn, in de periode juli 1989 tot en met mei 1993, in totaal elf drugsgebruikers aangemeld bij wie de diagnose HIV-seropositief is vastgesteld (Rotterdam circa 150 en Amsterdam circa 550). Een verklaring voor het tot op heden lage aantal HIV-geïnfecteerde drugsgebruikers is er niet. Wel vermoedt men dat de vroegtijdig gestarte out-reaching spuitomruil (het actief benaderen van verslaafden in hun eigen omgeving en scenes) van de GGD een positieve uitwerking heeft.

De samenstelling van de groep drugsgebruikers

binnen Den Haag verschilt met die van Amsterdam en Rotterdam waar relatief veel buitenlandse drugsgebruikers besmet zijn met het HIV-virus. In hoeverre het lage aantal HIV-geïnfekteerde drugsgebruikers binnen Den Haag een juist beeld geeft, kan worden betwijfeld, aangezien er in tegenstelling tot steden als Amsterdam en Rotterdam nog nauwelijks onderzoek heeft plaatsgevonden naar een mogelijke besmetting met het HIV-virus van drugsgebruikers. Een gericht onderzoek zou wel eens een minder rooskleurig beeld naar voren kunnen brengen.

En ten slotte ontstaat een toenemende politieke druk om de overlast van met name criminele drugsgebruikers te bestrijden met dwang- en drangmaatregelen (Een voorbeeld van het drangmodel is het Haagse project 'Bed of Bajes', waarin verslaafden die aangehouden zijn wegens criminele activiteiten kunnen kiezen tussen behandeling of detentie).

Onderzoekgegevens tonen aan dat de helft van de Nederlandse heroïnegebruikers in de twee grootste steden Amsterdam en Rotterdam verblijft (respectievelijk 7.700 en 2.500).

Opmerkelijk is daar de toename van het polydrugsgebruik. Verslaafden die uitsluitend heroïne gebruiken komen daar nauwelijks meer voor. Landelijk tekent zich, weliswaar op veel geringere schaal, die tendens ook af.

Medicijnen

Tussen de 10 en 15% van de bevolking gebruikt psychofarmaca. De slaap- en/of kalmeringsmiddelen die het meest worden voorgeschreven zijn de benzodiazepines. 6 tot 10% van de bevolking gebruikt ze waarvan 1% dagelijks gedurende langere tijd. Dit betekent dat 100.000 volwassenen geruime tijd benzodiazepines gebruiken.

Gokken

Schattingen over het aantal probleemgokkers in Nederland lopen sterk uiteen: van 10.000 tot 100.000. Oorzaak hiervan is een verschillend definitiegebruik.

In een rapport, opgesteld in opdracht van de Raad voor de Casinospelen, naar analogie van epidemiologisch onderzoek in het kader van ander problematisch gedrag (zoals alcoholverslaving), wordt berekend dat tussen de 10.000 en 20.000 personen in de problemen zijn geraakt door het gokken (gegevens 1989).

Er bestaan aanwijzingen dat de laatste jaren het

aantal probleemgokkers sterk toeneemt (4).

Wat kunnen we nu met deze landelijke cijfers meer doen dan een doorberekening maken naar de Haagse situatie?

Haagse cijfers

Bij het in kaart brengen van het verslavingsprobleem voor Den Haag is gebruik gemaakt van verschillende berekeningsgrondslagen met elk weer andere uitkomsten.

De gemeente Den Haag spreekt in haar beleidsplan Verslavingszorg 1988-1991 over 22.000 probleemdrinkers (5). In haar programma Verslavingszorg 1992 wordt gesproken over 30.000 probleemdrinkers/alcoholisten en 1.500 harddrugsgebruikers (6). Het verschil in de aantallen alcoholverslaafden is niet duidelijk traceerbaar.

Een doorberekening van de landelijke cijfers naar Den Haag levert voor de groep alcoholverslaafden een aantal op dat zich redelijk verhoudt tot het eerstgenoemde aantal, namelijk 21.000 (gerekend over 450.000 inwoners). Maar omdat verslavingsproblematiek, zoals drugsverslaving en gokverslaving, zich juist concentreert in de grote steden, is een doorberekening van de landelijke cijfers naar de Haagse situatie niet opportuun.

Ook de Haagse huisartsen hebben onvoldoende onderzoeksgegevens wat de aantallen verslaafden in hun praktijk betreft. Schudel en Hoeksema constateren in een onderzoek over 1990 dat slechts een gedeelte van de (alcohol)verslavingsproblematiek in de huisartspraktijk bekend is (7). Het moeilijk herkennen van overmatig alcoholgebruik bij de vaak ontkennende patiënt ligt hieraan ten grondslag.

Andere onderzoekscijfers voor de Haagse situatie zijn er (nog) niet.

Wel zijn er registratiegegevens beschikbaar die een beeld geven van de aantallen verslaafden die contact hebben met de hulpverleningsinstellingen. Omdat de registratiegegevens (nog) niet precies op elkaar aansluiten zitten er veel 'dubbeltellingen' tussen. Een voorbeeld van een dergelijke dubbeltelling is de volgende.

Vanaf het begin van het methadonprogramma zijn er in totaal cumulatief 3.200 cliënten ingeschreven, waarvan er nu dagelijks ongeveer 500 methadon verstrekt krijgen en met wie hulpverleners dus dagelijks contact hebben. Deze groep

blijft redelijk stabiel. Met de overigen is soms jaren geen of nauwelijks contact. De laatste twee jaar vinden jaarlijks circa 150 nieuwe inschrijvingen plaats bij het methadonprogramma. Een groot deel bestaat uit jonge drugsverslaafden van ongeveer 21 jaar die al een aantal jaren verslaafd zijn maar die nog geen contact hadden opgenomen met de hulpverlening (Een reden hiervan kan zijn dat minderjarige drugsverslaafden geen contact hebben met de hulpverlening aangezien methadonverstrekking alleen met toestemming van de ouders kan plaatsvinden aan personen beneden de 18 jaar). Een methadonkuur kan worden afgewisseld met een klinische of een semiklinische opname. Al deze inschrijvingen staan op zichzelf en geven dus geen reëel beeld van het aantal drugsverslaafden.

Met het doel het inzicht te verbeteren zijn nieuwe registratiesystemen ontwikkeld c.q. in ontwikkeling waardoor dubbeltellingen kunnen worden gecorrigeerd. Een nieuw registratiesysteem, genaamd Addictis, voor de ambulante voorzieningen is gestart op 1 januari 1993.

Voor de intramurale en semimurale voorzieningen is een registratiesysteem ontwikkeld dat eind van dit jaar zal worden ingevoerd door en voor de vier grote verslavingscentra te weten:

- het Jellinek Centrum te Amsterdam;
- de Bouman Stichting te Rotterdam;
- de Brijder Stichting te Alkmaar;
- het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'.

De verwachting is dat beide systemen, mits op elkaar afgestemd, betere epidemiologische informatie zullen opleveren.

Gegevens van het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'

In tabel 1 staan de aantallen die in 1990 tot en met 1992 in behandeling zijn (geweest) voor verslavingsproblemen binnen de kliniek 'Zeestraat' (24-uursbehandeling), de twee deeltijd-behandelingsafdelingen 'Bazarstraat' en 'Scheveningseweg' en ten slotte de ambulante afdelingen, te weten de Ambulante Zorg en Reclassering (voorheen CAD) en polikliniek 'Zeestraat' (4). Achtereenvolgens worden deze cijfers in de tabellen 2, 3, 4 en 5 uitgesplitst naar geslacht, gemiddelde leeftijd, gemeente van herkomst en sociaal-culturele achtergrond. Ze geven een aantal kenmerken van de hulpvragende verslaafden in Den Haag in een reeks van jaren.

De afname van het aantal cliënten in deeltijd (tabel 1) is opgevangen door de andere behandelvormen, terwijl over het geheel genomen het aandeel van de alcoholproblematiek lijkt terug te lopen. Bij vrouwen (tabel 2) zien we relatief wat vaker klinische dan extramurale behandeling plaatsvinden. In tabel 3 valt de hoge gemiddelde leeftijd van de cliëntenpopulatie op, waarschijnlijk voor een belangrijk deel toe te schrijven aan

Toelichting alle tabellen

- Intramuraal = kliniek 'Zeestraat'
- Semimuraal = deeltijd-behandelingsafdelingen 'Bazarstraat' en 'Scheveningseweg'
- Extramuraal = ambulante Zorg en Reclassering en polikliniek 'Zeestraat'

tabel 1

Aantallen behandelde cliënten met verslavingsproblematiek naar aard verslaving. Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'. Den Haag 1990, 1991 en 1992.

Aard verslaving	Intramuraal			Semimuraal			Extramuraal		
	'90	'91	'92	'90	'91	'92	'90	'91	'92
Alcohol	354	388	302	72	71	70	491	509	466
Drugs	52	70	82	86	91	104	344	370	410
Medicijnen	8	15	9	6	4	2	49	27	30
Multiple ¹⁾	163	163	221	280	225	193	423	419	491
Totaal	577	636	614	444	391	369	1.307	1.325	1.397

¹⁾ Bij multiple zijn mede opgenomen mensen met gokverslavingsproblematiek. De laatste jaren neemt dit aandeel toe.

tabel 2

Aantallen behandelde cliënten met verslavingsproblematiek naar geslacht. Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'. Den Haag 1990, 1991 en 1992.

Geslacht	Intramuraal			Semimuraal			Extramuraal		
	'90	'91	'92	'90	'91	'92	'90	'91	'92
Man	436	471	472	343	291	283	1.054	1.050	1.118
Vrouw	141	165	142	101	100	86	253	275	279
Totaal	577	636	614	444	391	369	1.307	1.325	1.397

de (hogere) leeftijd van de alcoholisten, die meer dan de helft van het cliëntenbestand en twee derde deel van de klinisch behandelde vormen. Uit tabel 5 ten slotte blijkt dat de klinische behandeling nog weinig allochtone Hagenaars heeft bereikt. Met name voor de deeltijd-behandeling ligt dit anders. Van een duidelijke trendmatige toename in de drugshulpverlening van

cliënten uit laatstgenoemde bevolkingsgroepen is evenwel geen sprake.

Aanbevelingen

Juist nu de gemeente de verantwoordelijkheid heeft gekregen over een groot deel van de verslavingszorg (de intramurale zorg en een deel van de semimurale zorg vallen niet onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid, omdat ze is ondergebracht bij de AWBZ) is het van belang te weten hoe de werkelijke omvang en aard van de verslavingsproblematiek in Den Haag is. Het zou onjuist zijn als daarover schattingen moeten worden gemaakt door middel van methoden die voor dat doel niet geschikt zijn. Vanuit het principe dat geen 'zorg op maat' kan worden gegeven zonder dat de maat van de zorg gekend is, moeten we de beschikking krijgen over betrouwbare (onderzoeks)gegevens. Het is aan te bevelen een

tabel 3

Gemiddelde leeftijd van behandelde cliënten met verslavingsproblematiek naar gemiddelde leeftijd. Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'. Den Haag 1990, 1991 en 1992.

	'90	'91	'92
Intramuraal	41	41	40
Semimuraal	31	33	31
Extramuraal	36	37	36

tabel 4

Aantallen behandelde cliënten met verslavingsproblematiek naar gemeente van herkomst. Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat'. Den Haag, 1990, 1991 en 1992.

Gemeente	Intramuraal			Semimuraal			Extramuraal		
	'90	'91	'92	'90	'91	'92	'90	'91	'92
Den Haag	328	357	362	308	264	245	1.004	1.027	1.089
Leiden	39	57	36	30	15	14	21	25	11
Voorburg	11	11	12	3	1	10	29	34	45
Rijswijk	10	14	17	10	8	8	35	36	57
Leidschendam	9	10	7	9	2	6	22	29	27
Zoetermeer	32	33	30	13	5	12	22	18	19
Overig/onb.	148	154	150	71	96	74	176	156	149
Totaal	577	636	614	444	391	369	1.307	1.325	1.397

Aantallen behandelde cliënten met verslavingsproblematiek naar sociaal-culturele achtergrond.
Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat', 1990, 1991 en 1992.

Sociaal culturele achtergrond	Intramuraal			Semimuraal			Extramuraal		
	'90	'91	'92	'90	'91	'92	'90	'91	'92
Nederlands	521	566	530	282	260	260	1.038	1.024	1.088
Surinaams	13	15	33	60	77	76	131	136	135
Marokkaans	8	5	3	6	6	6	27	31	35
Moluks	1	2	2	1	3	4	4	2	2
Turks	3	3	5	3	2	2	6	23	18
Antilliaans	1	3	2	4	8	4	18	14	24
Overig/onb.	30	42	39	88	35	17	83	95	95
Totaal	577	636	614	444	391	369	1.307	1.325	1.397

samenwerkingsverband aan te gaan tussen de gemeente (GGD, politie) en de verslavingsinstellingen (het Centrum Verslavingszorg 'Zeestraat' en het verslavingscircuit van het psychiatrisch centrum Bloemendaal) om zo te komen tot een onderzoeksprogramma. De registratiegegevens, mits gekoppeld en tot één individu herleidbaar, van de verslavingszorginstellingen kunnen hiertoe en belangrijke bijdrage leveren. Een dergelijk geïntegreerd registratiesysteem op longitudinale basis is ook bedoeld om het effect van de hulpverlening in kwalitatief en kwantitatief opzicht te evalueren. Het is een belangrijke voorwaarde om op termijn een doeltreffend en doelmatig verslavingszorgbeleid in Den Haag te garanderen.

Literatuur:

1. Rapport Advies Functies Hulpverlening van Verslaafden. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 1989.
2. Alcohol en Samenleving, ontwerpnota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Ministerie van Welzijn en Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1985.
3. F. Hout van. Alcoholcontrole zonder beleid onzinnig. PW vakblad personeelsmanagement 1993; 17: 12 juni.
4. Jaarverslagen 1990, 1991 en 1992. Centrum Verslavingszorg Zeestraat.
5. Beleidsplan Verslavingszorg 1988-1991. Gemeente Den Haag.
6. Programma Verslavingszorg 1992. Gemeente Den Haag, Dienst Welzijn, sector GGD.
7. W.J. Schudel en H.L. Hoeksema, Problematisch alcoholgebruik. Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 4: 19-23.

Onveiligheid in stadsdeel Scheveningen

I. Burger

Scheveningen onder de loep. Hoe onveilig voelt men zich in de eigen buurt en in de delen waar men noodzakelijkerwijs soms moet zijn? Een enquête onder bewoners van achttien jaar en ouder. 13% voelt zich onveilig, tegen 11% in Groningen en 9% in Amsterdam. Vrouwen voelen zich onveilig dan mannen, maar mannen zijn vaker slachtoffer geweest van een misdrijf. Preventie is erg belangrijk. Hoe en wat, moet worden besproken tussen bewoners, politie, andere hulpverleners en de politiek.

Veel mensen die in de grote stad wonen voelen zich onveilig in de buurt waar ze wonen. Ervaringen van criminaliteit en angst veroorzaakt door onveiligheid in de directe of bredere woonomgeving kunnen, als onderdeel van het leefmilieu van mensen, een belangrijke negatieve factor zijn in het dagelijkse leven van mensen en in het ergste geval zelfs aanleiding zijn tot (psychische) gezondheidsklachten.

Onveilige plaatsen

** Hierdoor zal het begrip 'niet veilig' niet eenduidig zijn ingevuld. Het kan als angst voor bedreiging en criminaliteit uitgelegd zijn maar er kunnen ook angstgevoelens onder worden verstaan, veroorzaakt door gedrag van (groepen) mensen dat 'vreemd' is voor betrokkene en waardoor angst voor het onbekende kan ontstaan. Ook de formulering in de vraag 'waar u moet komen' kan verschillend beoordeeld zijn. Wanneer bijvoorbeeld een plaats als 'onveilig' bekend staat dan mijden mensen die plaats misschien wel omdat ze vinden dat het niet 'hoort' daar te komen; daardoor wordt het ook niet als een noodzaak gezien daar te komen. Er heeft zich dan al een bewust of onbewust vermijdingsgedrag ontwikkeld. Een dergelijke houding kan een onderrapportage van de 'enge plakken' tot gevolg hebben.*

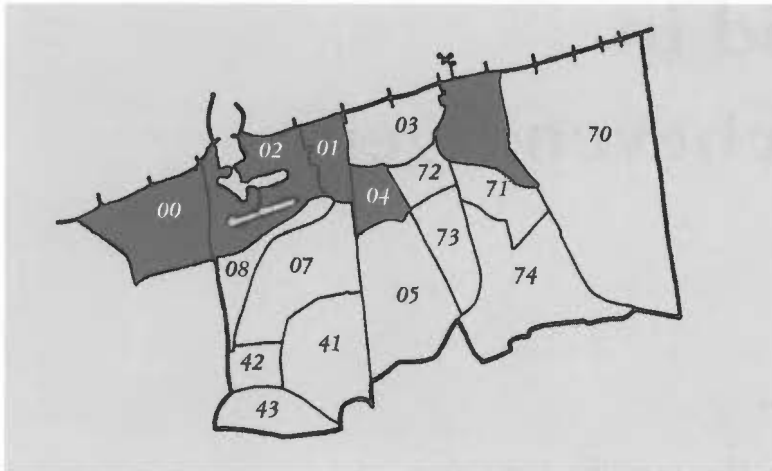
In de schriftelijke gezondheidsenquête die is gehouden in stadsdeel Scheveningen (figuur 1) onder bewoners van 18 jaar en ouder is gevraagd 'Zijn er in de buurt waar u woont op straat plaatsen waar u moet komen en waar u zich niet veilig voelt?'. Aangezien de interesse lag in de eigen beleving van onveiligheid is het begrip niet nader gepreciseerd*, behalve dat drukke verkeerssituaties zijn uitgesloten.

295 respondenten (13%) voelen zich in de buurt waar ze wonen

Over de auteur

I. Burger, onderzoeker werkzaam op de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

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 gemeentevervoorzieningen 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 en 2).

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

op straat op plaatsen waar ze moeten komen onveilig (Groningen 11% en Amsterdam overdag 9%). Hiervan gaf 8% twee locaties op. Ter beoordeling hoe de vraag is geïnterpreteerd is nagegaan of de locatie waar de bewoner zich onveilig voelt ligt in de buurt van zijn/haar woonomgeving. 83% van de opgegeven plaatsen lag (ook) in de 'eigen' woonarea. We mogen dus stellen dat de vraag goed is geïnterpreteerd. Uiteraard zijn onveilige plaatsen waar iemand moet komen die in de naaste woonomgeving liggen nog onplezieriger dan wanneer het verder weg is. Wanneer de locaties verderop liggen is het ook waarschijnlijker dat de frequentie van bezoek geringer is en de mogelijkheden voor alternatieven groter.

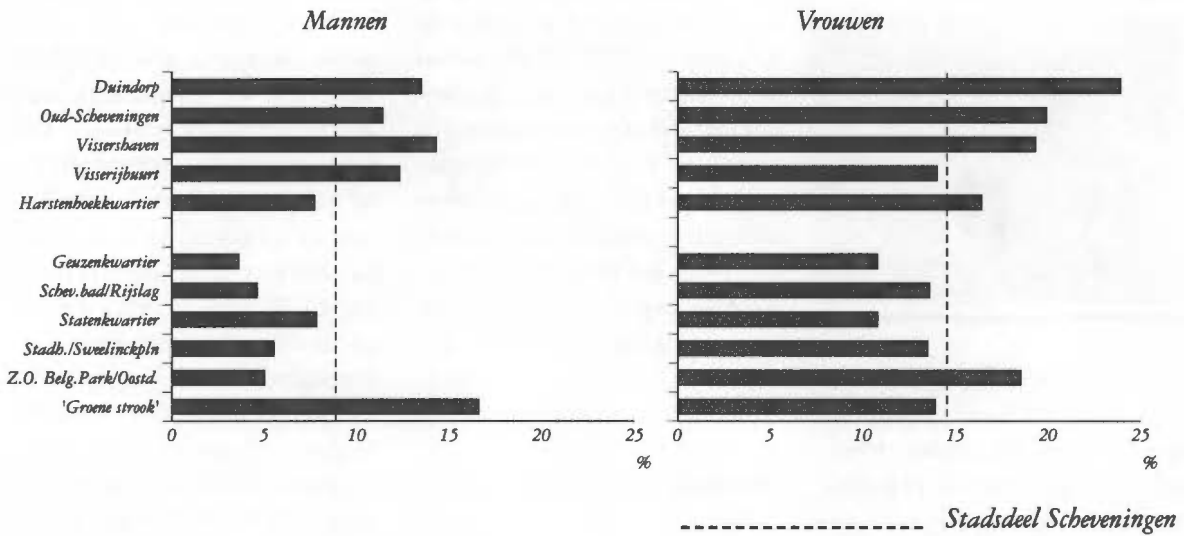
Wie, waarom onveilig?

Vrouwen voelen zich in de buurt waar ze wonen onveilig op straat dan mannen (figuur 2). Voor het hele stadsdeel is dit 15% van de vrouwen en 8,5% van de mannen. In vrijwel alle buurtcombinaties, behalve in de 'Groene strook' (zie legenda van figuur 1), geven meer vrouwen aan buiten onveiligheidsgevoelens te hebben op plaatsen waar ze moeten komen. De buurtcombinaties waar mensen zich het minst veilig voelen zijn Duindorp, Oud-Scheveningen, Vissershaven en in de 'Groene strook'. In laatstgenoemd gebied valt op dat het percentage mannen dat zich onveilig voelt hoog is. Deze buurtcombinatie zal ongetwijfeld vanwege de vele bossages onveiligheidsgevoelens opwekken, blijkbaar ook bij mannen.

Verder voelen jonge vrouwelijke bewoners van stadsdeel Scheveningen, in de leeftijdsgroep van

figuur 2

Procentuele verdeling van de onveilig ervaren plaatsen in de woonbuurt per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen¹⁾. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



1) Omdat onveiligheidsgevoelens/slachtofferschap samengaan met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor leeftijd. Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijdspecifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

18 tot 35 jaar, zich onveiliger dan hun geslachtsgenoten in de leeftijdsgroepen 35-64 jaar en 65 jaar en ouder (respectievelijk 19%, 13% en 14%).

De onveiligheidsgevoelens worden voornamelijk veroorzaakt door (angst voor) bedreiging of andere onprettige ervaringen veroorzaakt door anderen. Bij vrouwen speelt ook angst in het donker, angst op stille en/of onoverzichtelijke plekken een rol van betekenis evenals meer algemene klachten van niet meer op straat durven (tabel 1). Dit laatste geven vooral oudere vrouwen op.

Waar, waarom onveilig?

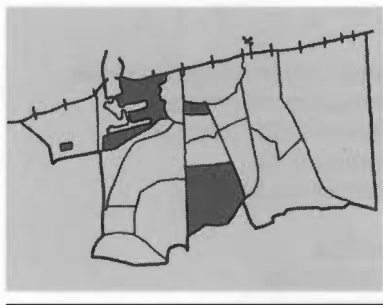
Waardoor voelen de bewoners van stadsdeel Scheveningen zich onveilig op de door hen opgegeven locaties (N=319)? (Angst voor) bedreiging door mensen of andere onprettige ervaringen veroorzaakt door passanten wordt bij 44% van de opgegeven locaties (onder ande-

tabel 1 Redenen van onveiligheidsgevoelens genoemd door mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

	Man Abs. (%) N=94	Vrouw Abs. (%) N=201
(Angst) voor bedreiging of andere onprettige ervaringen veroorzaakt door mensen	41 (44)	91 (45)
Beangstigende aspecten uit omgeving (donker, stil, onoverzichtelijk)	18 (19)	65 (32)
Vermelding van bedreiging of geweldpleging/inbraak	11 (12)	22 (11)
Algemeen gevoel van onveiligheid ('durf straat niet meer op')	7 (8)	31 (15)
Wenst meer controle	5 (5)	3 (2)
Onbekend	4 (4)	11 (6)
Overige	7 (7)	7 (4)
Totaal	93	230

Opmerking: 10% komt in verschillende categorieën voor.

figuur 3
Door bewoners als onveilig ervaren locaties (zwart) in stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



re) genoemd en beangstigende aspecten in de omgeving als 'donker', 'stil' of 'onoverzichtelijk' bij 28% van de plaatsen. Andere redenen die zijn genoemd zijn bedreiging of geweldpleging/inbraak en algemeen gevoel van onveiligheid zich uitend in 'durf straat niet meer op' (beide 12%). Laatstgenoemde reden is het meest gecombineerd met andere redenen.

In figuur 3 zijn de plaatsen of gebieden die het meest zijn gekenmerkt als 'onveilig' zwart gekleurd. Dit is gedaan op basis van absolute aantallen. Deze cijfers zijn ongetwijfeld beïnvloed door de bevolkingsdichtheid in de directe omgeving van deze plaatsen en de noodzakelijke of gewenste mobiliteit van mensen naar deze locaties. Behalve het gebied Scheveningse bosjes/Scheveningseweg liggen alle 'onveilige' plaatsen in buurtcombinaties waar ook een hoger percentage van de bewoners is geïnterviewd (7% tegenover 4%). Onveilige plaatsen die vaak werden genoemd zijn Scheveningseweg of Scheveningsebosjes (35 keer); O-blok en omstreken (33 keer); Woeste hoogte (26 keer); Haven en omstreken (14 keer); Badhuisweg en omstreken (11 keer); Boulevard (9

keer). Op de Woeste hoogte, bij de haven en het O-blok is het vooral het gedrag van mensen dat bedreigend overkomt. In de Scheveningse bosjes en aan de Scheveningseweg zijn het vooral de aspecten eigen aan de omgeving die de angstgevoelens oproepen. In deze bosrijke omgeving werd bij één op de zeven meldingen over dit gebied (ook) een feitelijke bedreiging of geweldpleging als oorzaak van de onveiligheidsgevoelens genoemd.

Slachtoffer van een misdrijf

Aan de bewoners van stadsdeel Scheveningen is ook gevraagd of ze gedurende de afgelopen 12 maanden slachtoffer zijn geweest van een misdrijf in de woonomgeving. Expliciet is gevraagd naar: inbraak (in de eigen woning), autokraak, beroving (buiten de eigen woning), mishandeling, bedreiging, vernieling van eigendommen, (geld)afpersing (bijvoorbeeld na aanbie-

ding diensten).

Eén op de vier mannen en één op de vijf de vrouwen geeft op één of meer van deze delicten - soms zelfs 'aan den lijve' - in de woonomgeving gedurende de afgelopen 12 maanden te hebben meegemaakt (tabel 2). Van vernielingen van eigendommen en autokraak waren de invullers van de vragenlijst het meest slachtoffer geworden respectievelijk 9% en 8%. In tegenstelling tot de onveiligheidsgevoelens, die vrouwen sterker hebben dan mannen, blijken volgens de gegevens uit de gezondheidsenquête, vrouwen niet meer het slachtoffer van misdrijven te zijn geweest. Alleen van inbraken in de woning zijn vrouwen vaker het slachtoffer geweest.

Voor de beoordeling van mogelijke verschillen in slachtofferschap naar leeftijd en buurtcombinatie zijn de misdrijven naar aard van het delict geaggregeerd in twee groepen:

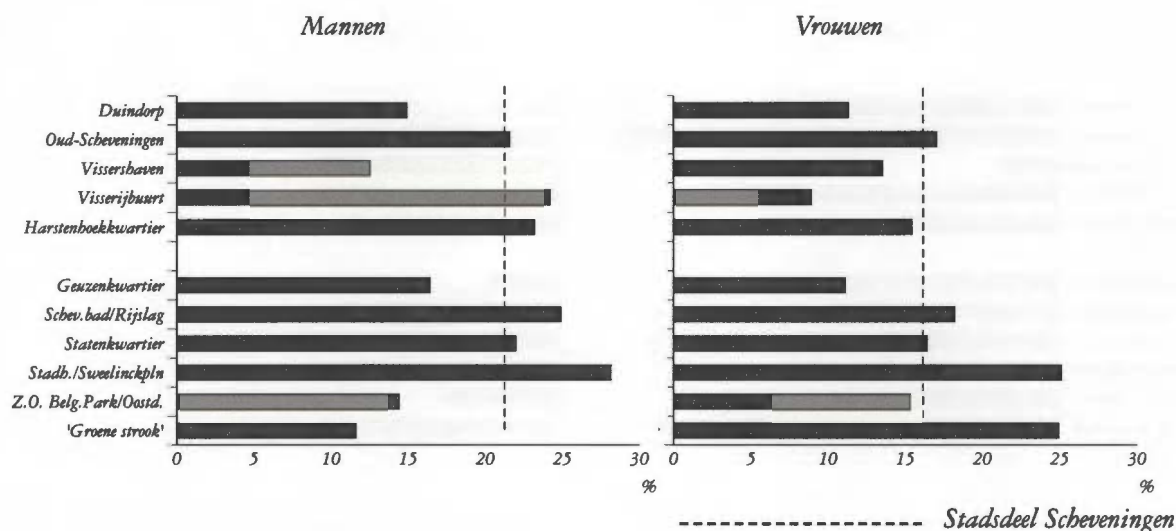
- vermogensgerichte delicten;

tabel 2
Percentage bewoners dat slachtoffer van een misdrijf is geweest naar aard misdrijf voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

Aard misdrijf	Man %	Vrouw %	Totaal %
Vernieling eigendommen	11	7	9
Autokraak/autoinbraak	9	7	8
Inbraak (in de eigen woning)	4	6	5
Beroving (buiten de eigen woning)	3	3	3
Bedreiging/intimidatie	3	2	2
(Geld)afpersing	1	1	1
Mishandeling	1	0,5	1
Totaal	25	20	22

figuur 4

Procentuele verdeling van de *persoonsgerichte delicten per buurt(combinatie) voor mannen en vrouwen*¹⁾.
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



¹⁾ Omdat onveiligheidsgevoelens/slachtofferschap samengaan met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor leeftijd. Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijdspecifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

hieronder vallen (auto)inbraken en vernielingen van eigendommen;

- persoonsgerichte delicten; hieronder vallen beroving, mishandeling, bedreiging/intimidatie en (geld)afpersing. (Daarbij is uitgegaan van de *waarschijnlijke* aanwezigheid van het slachtoffer bij het misdrijf.)

Bij de persoonsgerichte delicten vinden we geen verschillen naar leeftijd. Daarentegen zien we dat in de leeftijdscategorieën 18-34 jaar en 35-64 jaar een hoger percentage slachtoffer is geweest van een vermogensgericht delict dan in de oudste groep, die van boven de 64 jaar (respectievelijk 19%, 22% en 12%). Daders hebben het in stadsdeel Scheveningen dus niet vooral op het bezit van ouderen gemunt. In figuur 4 staan naar buurt(combinatie) de percentages mannen en vrouwen die slachtoffer zijn geweest van vermogensgerichte delicten. In

de buurtcombinatie Stadshoudersplantsoen/Sweelinckplein zien we de hoogste opgave van (auto)inbraken en van vernielingen (autoinbraak 14%; vernieling eigendommen 10%; inbraak 9%). Verder valt het hoge percentage vrouwelijke slachtoffers op in de 'Groene strook'. Dit zijn vooral opgaven van inbraken (15% gaf een inbraak in de woning op). In het algemeen zijn de aantallen meldingen van de vermogensgerichte delicten in de aandachtsgebieden van stadsdeel Scheveningen minder hoog dan in de 'rijkere' buurten. In figuur 5 staan op dezelfde wijze weergegeven de opgaven van de persoonsgerichte misdrijven. De hoogste percentages vinden we in Oud-Scheveningen en in de 'Groene strook'. De mannen blijken in Oud-Scheveningen vooral het slachtoffer van mishandeling (4%) en bedreiging (6%) te zijn geweest en in de 'Groene strook' van beroving (8%). Ook vrouwen in Oud-Scheveningen geven rela-

tief frequent op bedreigd te zijn geweest (5%).

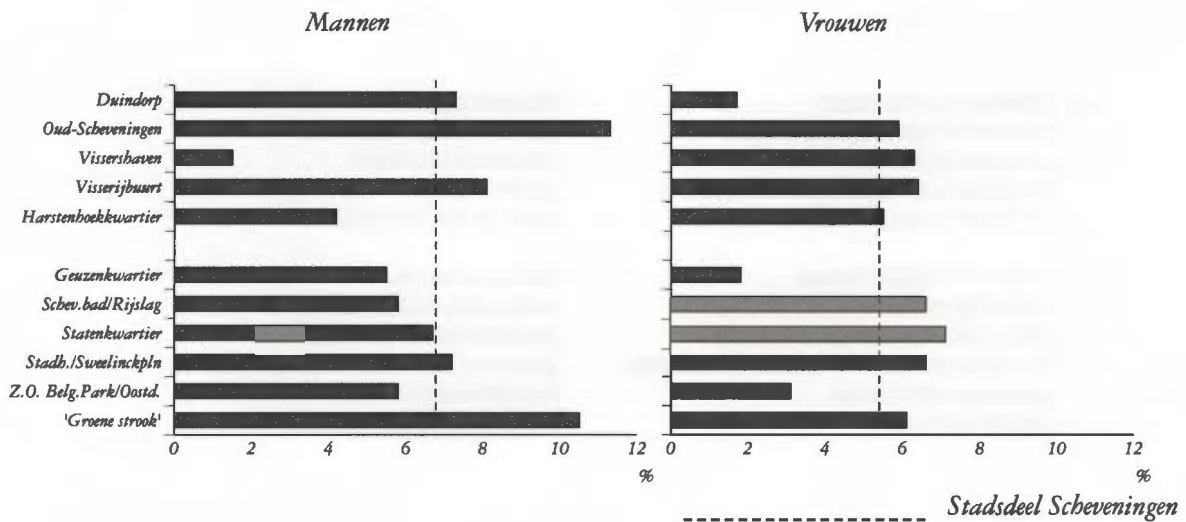
Samengevat

Meer (jonge) vrouwen in stadsdeel Scheveningen voelen zich onveilig in de buurt waar ze wonen dan mannen. Daarentegen zijn meer mannen dan vrouwen in stadsdeel Scheveningen slachtoffer geweest van een misdrijf. Dat geldt zeker voor beschadigde en vernielde eigendommen. Eén op de vier mannen en één op de vijf vrouwen in stadsdeel Scheveningen is in de woonomgeving tussen rond 1 april 1991 en 1 april 1992 slachtoffer geweest van de onderzochte misdrijven. In vergelijking met jongere bewoners voelen, volgens de opgave in de enquête in stadsdeel Scheveningen, niet meer ouderen zich onveilig en zijn ze niet vaker slachtoffer geweest van een misdrijf.

Zijn de opgegeven aantallen

figuur 5

Procentuele verdeling van de vermogensgerichte delicten per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen¹⁾.
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



¹⁾ Omdat onveiligheidsgevoelens/slachtofferschap samengaan met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor leeftijd. Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijds specifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

misdriften nu veel? Vergelijkbare cijfers van andere stadsdelen in Den Haag zijn er niet. Uiteraard is ieder misdrijf er één te veel. Landelijk, en ook in Den Haag, stabiliseert de door de politie geregistreerde criminaliteit zich. Wel treden er op landelijk niveau verschuivingen op van de vermogensmisdriften naar de agressieve misdriften. De politie verwacht dit echter niet voor Den Haag: 'ondanks de landelijke berichten verwachten we de komende jaren geen stijging van het aantal geregistreerde agressieve misdriften, maar een stabilisatie rond het huidige niveau'.

Wat te doen

Hortulanus e.a. stellen dat het niet volstaat sociale onveiligheid tegen te gaan met het opbouwen van een sociaal netwerk. Een hechte sociale structuur kan wel in relatief veilige buurten het gevoel van veiligheid langer in stand houden. Deze goede sociale relaties zijn

gedurende een lange tijd op basis van elementen van gemeenschappelijkheid ontstaan en hebben daardoor een vanzelfsprekend karakter gekregen. Preventieve maatregelen ter voorkoming van misdriften zijn erg belangrijk. Hoe deze invulling te geven en waar prioriteit aan moet worden gegeven zal in samenspraak met de bewoners, de politie en andere hulpverleners en de politiek, zonder stigmatisering van groepen mensen, gestalte moeten krijgen. Een goed voorbeeld van een dergelijke aanpak is het inbraakpreventieproject dat de Stichting Wijkoverleg Statenkwartier heeft georganiseerd in samenwerking met de wijkpolitie van het bureau Duinstraat. Het project dat gestart is op 1 juni en duurt tot 31 mei 1994 heeft tot doel in een samenwerkingsverband tussen de bewoners, wijkorganisaties en de wijkpolitie te streven naar een vermindering van het aantal inbraken in woningen en auto's in het Sta-

tenkwartier. Op 15 juni jl. heeft hiertoe een drukbezochte voorlichtingsbijeenkomst voor bewoners plaatsgevonden.

Literatuur

- Droogleeuw Fortuijn J, Markusse J, Musterd S, Schmal H, Thissen F. Sociale onveiligheid en de gebouwde en sociale omgeving. Een survey in zeven woonmilieus in Dordrecht. Instituut voor sociale geografie. Universiteit Amsterdam, 1988.
- Hortulanus RP, Liem P, Sprinkhuizen A. Welzijn in Dordrecht. Vakgroep Algemene en Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht 1992.
- Kruize P. Criminaliteitsbeeld 's-Gravenhage 1986-1991. Politiekorps Haaglanden, afdeling Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek. Den Haag, juni 1992.
- Wurff AWIM van der. Aard en achtergronden van onveiligheidsgevoelens in de woonomgeving. Proefschrift. Universiteit Amsterdam, juni 1992.

Medicijngebruik in stadsdeel Scheveningen

G.R. de Wildt, S.L.M. van der Toorn

Een ander bericht uit Scheveningen. Ditmaal het medicijngebruik, in kaart gebracht door de enquête. De resultaten zijn goeddeels conform de verwachting: met het stijgen der jaren neemt het gebruik van geneesmiddelen toe en vrouwen consumeren meer dan mannen. De uitkomsten komen overeen met landelijke trends, maar de vraag is of de landelijke trends zo ideaal zijn. Verdieping is dus nodig, en dat kan het beste gebeuren in samenwerking tussen huisartsen, gebruikers, apothekers, specialisten en andere hulpverleners.

De gezondheidsenquête in stadsdeel Scheveningen (een kaartje van het stadsdeel vindt u op pagina 26 in dit bulletin) bevat vragen over medicijngebruik. De antwoorden kunnen dus enig inzicht geven in dit gebruik van de Scheveningse bevolking. Interesse voor het medicijngebruik ontstond mede naar aanleiding van verontwaardigende signalen van personen werkzaam dan wel wonend in stadsdeel Scheveningen. Het onderzoek heeft een exploratief karakter.

Gevraagd is of, gedurende de 14 dagen voorafgaand aan het invullen van de enquête, medicijnen zijn gebruikt en, zo ja, welk soort. De methode van vragenstellen is vrijwel gelijk aan die van andere gezondheidsenquêtes in Nederland. Het type medicijn kon worden aangekruist op een voorgestructureerde lijst van groepen medicijnen. (Het gebruik van anticonceptiva is niet meegenomen).

Ook werd gevraagd naar de wijze waarop het geneesmiddel was verkregen: op voorschrift van de huisarts of andere hulpverlener

Over de auteurs

G.R. de Wildt, arts-epidemioloog, 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

Medicijngebruik in Scheveningen

dan wel op eigen initiatief. Deze informatie kan inzicht geven in mogelijkheden voor het eventueel verbeteren van medicijngebruik. Bij eigen initiatief staan gebruikers centraal, bij medicijnen op voorschrift is de interactie tussen hulpvragers en hulpverleners, zoals (huis)artsen, apothekers en andere gezondheids- en welzijnswerkers ook belangrijk. Bij het beoordelen van de uitkomsten moet echter wel rekening worden gehouden met eventuele verschillen in het interpreteren van begrippen. Het is immers mogelijk dat iemand het vragen om een herhalingsrecept als een daad van eigen initiatief beschouwt. Er zijn, naast de aard en de ernst van de lichamelijke aandoening waarvoor medicatie wordt gebruikt, tal van factoren die van invloed zijn op het al dan niet op eigen initiatief gebruiken van medicijnen. Hieronder vallen bijvoorbeeld de soort medicatie evenals de kosten en het gemak waarmee ze verkrijgbaar zijn, sociodemografische factoren zoals leeftijd en inkomen en, daarmee samenhangend, de wijze van verzekeren (particulier

of ziekenfonds).

We lichten het gebruik van twee soorten medicijnen nader toe, te weten: 'pijn- en koortswerende middelen' en 'slaap- en kalmeringsmiddelen; middelen tegen de zenuwen'. We hebben voor deze twee groepen medicijnen gekozen omdat die hoogstwaarschijnlijk het meeste inzicht bieden in de mate waarin rationeel geneesmiddelengebruik plaatsvindt. Een andere reden voor deze selectie is dat deze twee soorten medicatie minder interpretatieproblemen wegens overlap zullen opleveren. Bij veel andere soorten is de overlap wellicht groter. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat 'pijn- en koortswerende middelen' en 'medicijnen tegen reuma en gewrichtspijnen' elkaar mogelijk ook deels overlappen. Ten slotte is het niet zeker of de bewoners dezelfde middelen onder één definitie scharen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat menig invuller bepaalde huismiddeltjes onder de rubriek 'slaap- en kalmeringsmiddelen' heeft geplaatst.

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 en 2).

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.

Het medicijngebruik

Op de vraag 'Heeft u de afgelopen 14 dagen medicijnen gebruikt?' antwoordde 37% van de mannen met 'ja'.

Op hogere leeftijd gebruikten, zoals verwacht, een groter deel van de mannen medicijnen: van de 18-35-jarige mannen nam 27% (334) medicijnen en van de mannelijke 65-plussers 69% (N=233).

Op dezelfde vraag antwoordde 57% van de vrouwen met 'ja'. Ook hier neemt het aantal vrouwen dat medicatie gebruikt toe met de leeftijd. Van de 18-35-jarige vrouwen gebruikte 47% medicijnen (N=388) en van de vrouwelijke 65-plussers 68% (N=347).

De constatering dat het opgegeven medicijngebruik voornamelijk wordt verklaard door leeftijd (bij hogere leeftijd relatief meer mensen medicijnen gebruiken) en geslacht (vrouwen meer dan mannen gebruiken) komt overeen met landelijke gegevens (1).

Van de mannen gaf 23% aan dat ze in de voorafgaande 14 dagen twee of meer soorten medicatie hadden gebruikt. Bij de vrouwen bedroeg dit percentage 41%. Ook dit percentage neemt toe met leeftijd.

Pijn- en koortswerende middelen

In figuur 1 zijn de percentages weergegeven van het zelfgerapporteerde gebruik van pijn- en koortswerende middelen. Opvallend is dat zowel mannen als vrouwen het meest op eigen initiatief gebruiken. Met het stijgen der jaren neemt het aandeel eigen initiatief af. Bij vrouwen is dit iets sterker dan bij mannen. Mensen gaan met het toenemen van de leeftijd steeds

meer op voorschrift medicijnen gebruiken.

De verschillen in gebruik van pijn- en koortswerende middelen tussen buurten (figuur 2) zijn over het algemeen niet erg groot.

Slaap- en kalmeringsmiddelen

In figuur 3 staan de percentages

weergegeven van het zelfgerapporteerde gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Op hogere leeftijd is hier voor zowel mannen als vrouwen een toename in gebruik op eigen initiatief te zien, het totale gebruik neemt echter nog veel sterker toe.

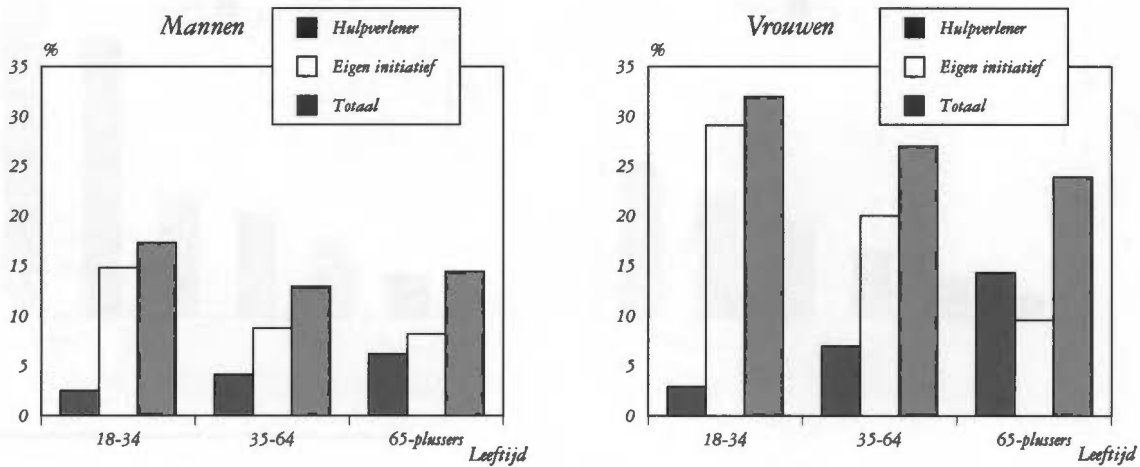
Naar de betekenis van verschillen tussen buurten (figuur 4)

wordt nog gezocht.

Interessant is dat ongeveer een derde van de Scheveningse gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen zegt minder te willen gebruiken.

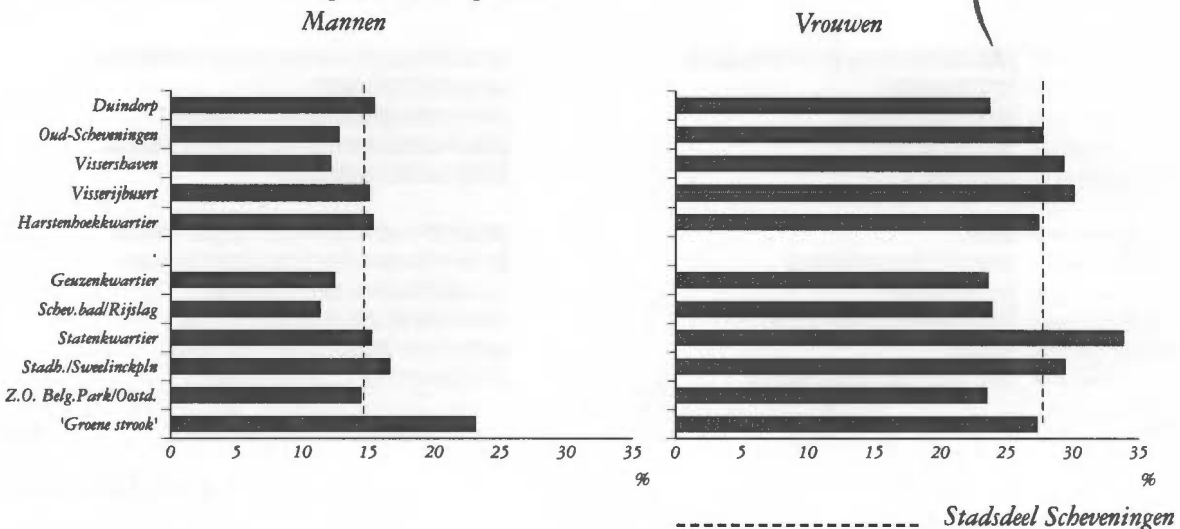
figuur 1

Procentuele verdeling van het gebruik van pijn- en koortswerende middelen naar leeftijd op eigen initiatief of op voorschrift van een hulpverlener voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



figuur 2

Procentuele verdeling van het gebruik van pijn- en koortswerende middelen per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen ¹⁾. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



¹⁾ Omdat medicijngebruik samenhangt met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor leeftijd. Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijdspecifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

Medicijngebruik in Scheveningen

Wat kunnen deze gegevens betekenen?

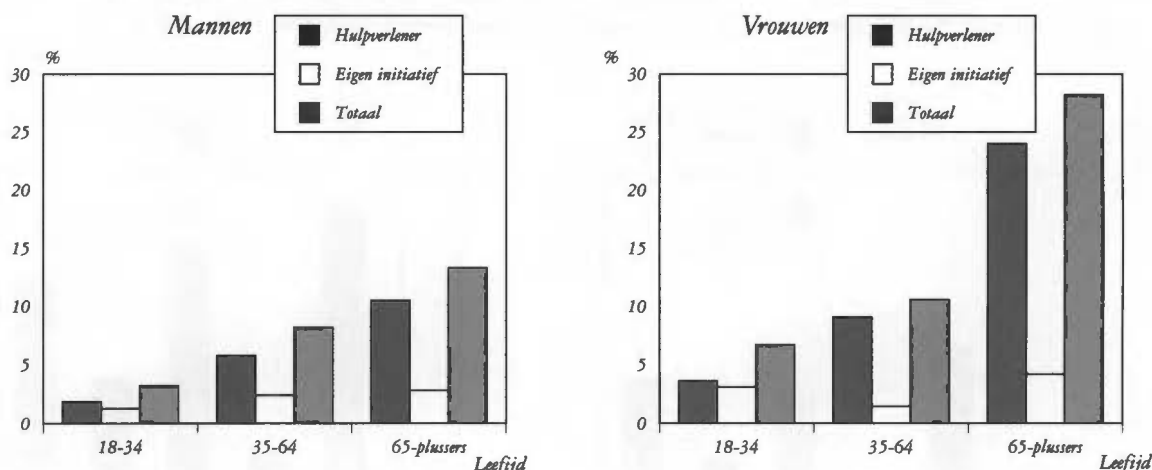
Een aantal uitkomsten van dit gedeelte van de enquête waren conform de landelijke trends. Dit geldt voor de bevindingen dat een toename van de leeftijd gepaard gaat met een toename

in het medicijngebruik en dat vrouwen relatief meer pijn- en koortswerende middelen en slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken dan mannen. Het aandeel dat op eigen initiatief in de weer is, is relatief lager op hogere leeftijd.

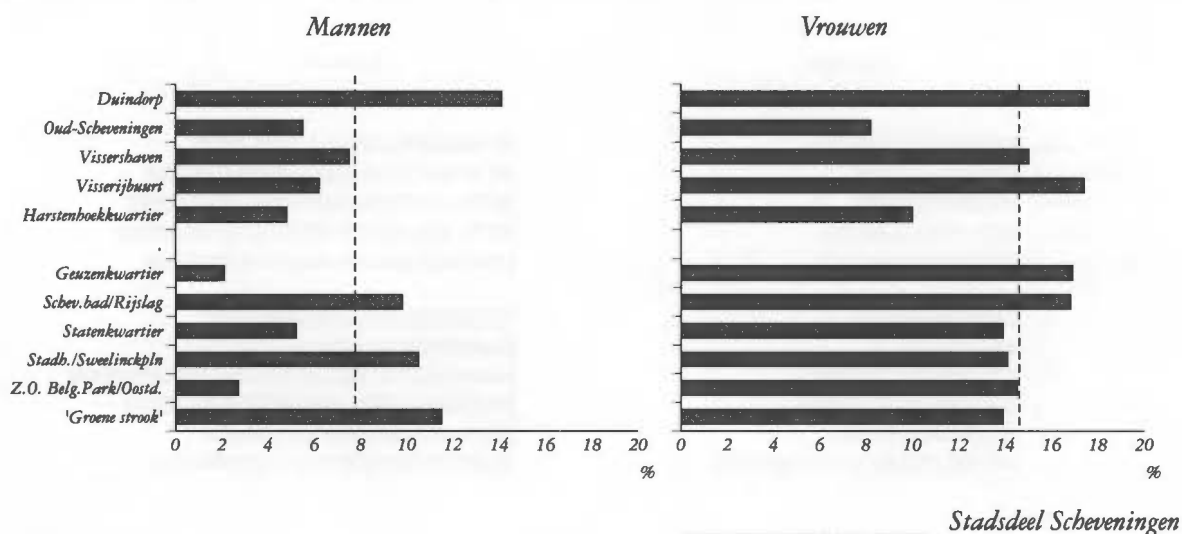
De uitkomsten zijn uiteraard

gebaseerd op de antwoorden van de mensen die de vragenlijsten hebben teruggestuurd (circa 60%). Het is mogelijk dat tussen de mensen die de enquête wel en niet hebben ingevuld op het gebied van medicijngebruik systematische verschillen bestaan. We moeten

figuur 3
 Procentuele verdeling van gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen naar leeftijd op eigen initiatief of op voorschrift van een hulpverlener voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



figuur 4
 Procentuele verdeling van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen ¹⁾. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



¹⁾ Omdat medicijngebruik samengaat met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor leeftijd. Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijdspecifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

daarom uiterst voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.

Of het medicijngebruik zoals vastgelegd met behulp van dit onderzoek 'normaal' is of niet is niet gemakkelijk vast te stellen. Vergelijken we de uitkomsten met landelijke gemiddelden dan komen deze qua verdeling van het gebruik, naar leeftijd en geslacht, overeen (1). De vraag blijft welke standaard we moeten hanteren voor normaal geneesmiddelengebruik. Is het landelijke gemiddelde 'normaal'? Of moeten we het gemiddelde gebruik van medicijnen anno 1993 als te hoog kwalificeren?

Alvorens in concluderende zin uitspraken te doen over de resultaten van het Scheveningse onderzoek is nadere verdieping nodig. Overleg tussen huisartsen, gebruikers, apothekers, specialisten en andere hulpverleners kan daartoe bijdragen, terwijl ook ziekenfondsgegevens inzicht kunnen geven in gebruik en voorschrijven. In gesprek met hen en bijvoorbeeld op basis van elders vergaarde expertise (2) kunnen eventueel stappen worden gezet om niet-optimaal gebruik tot een gezonder niveau terug te brengen.

Inmiddels is het medicijngebruik onder Scheveningers, mede door deze onderzoeksresultaten, bij diverse gelegenheden reeds onderwerp van gesprek geworden.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Mondzorg bij gehandicapten

Uit onderzoek (Ivoren Kruis, 1991) is gebleken dat de mondgezondheid en de tandheelkundige zorg bij geestelijk en/of lichamelijk gehandicapten een achterstand vertoont in vergelijking met niet-gehandicapten. De vakgroep Collectieve Preventie Jeugd tandzorg van de GGD in Den Haag heeft de behoefte geïnventariseerd aan voorlichtingsmateriaal en/of activiteiten op het gebied van mondverzorging bij ZMLK-scholen, tytyl- en mytylcentra, kinderdagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten.

Twaalf van de dertien aangeschreven instellingen hebben meegedaan. Ieder centrum zorgt er voor dat dagelijks de tanden van de kinderen worden gepoetst. Het thema mondverzorging werd op vijf instellingen in de vorm van een les behandeld. Drie deden dit projectmatig. Begeleiding bij bezoek aan de tandarts vond bij zeven instellingen plaats en bij vijf kwam mondhygiëne meer ad hoc ter sprake wanneer hierover vragen werden gesteld of zich concrete gebeurtenissen voordeden.

De leerkrachten of begeleiders van alle instellingen bleken behoefte te hebben aan (extra)

voorlichtingsmateriaal. De voorkeur ging uit naar een leskist met veel aanschouwelijk materiaal en ondersteuningsmateriaal voor het opzetten van een project of ouderavond. Vijf centra wilden voorlichtingsactiviteiten voor de gehandicapten (bijvoorbeeld het verzorgen van een gastles). Vier organisaties gaven aan zich op de ouders van de kinderen te willen richten, bijvoorbeeld in de vorm van folders of het verzorgen van een ouderavond. Verder bleek er belangstelling te zijn voor een adressenlijst met namen van tandartsen die geestelijk en/of lichamelijk gehandicapten behandelen.

Ondanks dat aandacht aan mondgezondheid wordt besteed blijkt er toch behoefte te bestaan aan (extra) voorlichtingsmateriaal en/of activiteiten. En al wordt dagelijks gepoetst, wil dat nog niet zeggen dat dit bij alle kinderen altijd onder begeleiding en op de juiste wijze gebeurt.

Op basis van deze resultaten heeft de afdeling Collectieve Preventie Jeugd tandzorg een plan ontwikkeld om de mondgezondheid van gehandicapten te verbeteren. Er zal een leskist worden samengesteld met lesbrieven over allerlei tandheelkundige onderwerpen, veel demonstratiemateriaal, folders en een handleiding voor het opzetten van ouderavonden en projecten over dit onderwerp. Ook zal een adressenlijst worden gemaakt van tandartsen en instellingen die extra aandacht

aan gehandicapten besteden.

Informatie: mw. A.J. Kootwijk-Jonker en mw. M.J.M.L. van der Zijden, vakgroep Collectieve Preventie Jeugd tandzorg, GGD Den Haag (tel. 070 - 361 93 23).

HIV-seropositieven in de huisartspraktijk

In mei-juni 1993 heeft de HIV/AIDS-coördinatie van de GGD Den Haag - na overleg met de vertegenwoordiger van de Regionale Huisartsen Vereniging in het AIDSplatform Den Haag - een enquête gehouden onder de Haagse huisartsen. Doel was een indruk te krijgen van het aantal HIV-seropositieven (geen diagnose AIDS) dat in de huisartspraktijk bekend is. Van de 199 aangeschreven huisartsen hebben een aanzienlijk aantal van 126 (63%) meegedaan. 52 huisartsen (41%) hebben ervaring met HIV in hun praktijk. 90% wist niet of niet precies hoeveel patiënten (en wie) in hun praktijk HIV-seropositief zijn.

Op het moment van het onderzoek gaven de 52 huisartsen op 86 HIV-seropositieven in hun praktijk te kennen. Dit waren 77 mannen (allen ouder dan 18 jaar) en 9 vrouwen (8 ouder dan 18 jaar, 1 jonger dan 12 jaar).

Verder zijn de seksuele geaardheid en het gebied van herkomst van de HIV-seropositieven opgegeven. De uitkomsten zijn weergegeven in de tabel op de volgende bladzijde.

	Man	Vrouw	Tot.
Homoseksueel	68		68
Biseksueel	2		2
Homoseksueel/ (ex)verslaafd	1		1
Heteroseksueel	3	5	8
Heteroseksueel/ (ex)verslaafd	3	3	6
Onbekend		1	1
Nederland	69	2	71
Zuid-Europa	3		3
West-Europa	1	1	2
Ned. Antillen	3		3
Afrika	1	6*	7
Totaal	77	9	86

* Van het HIV-geïnfecteerde meisje kwam één van de ouders uit Afrika.

Ofschoon de aantallen klein zijn, komt het gevonden beeld overeen met de verwachting van een geleidelijke verdere verspreiding van het HIV onder de bevolking.

Het aandeel van de mannen met homoseksuele contacten is nog steeds heel groot, maar is lager dan het huidige percentage van mensen met AIDS in Den Haag. Van de mensen met AIDS neemt het aandeel heteroseksuelen relatief het sterkst toe (momenteel in Nederland 10% en in Den Haag 11%). Ons cijfer uit deze enquête van 9% heteroseksuele HIV-seropositieven lijkt dit te ondersteunen.

De 8% (ex)verslaafden met een HIV-infectie lijkt in vergelijking tot het landelijke gemiddelde (10%) niet hoog.

Dat 16% van de HIV-seropositieven afkomstig is uit andere landen baart zorgen. Juist deze groep is zo moeilijk te bereiken voor HIV/AIDS-preventie en -zorg.

Hoewel de enquête nuttige in-

formatie oplevert, zijn de gegevens niet representatief en moeten we derhalve heel voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.

Wellicht worden mannen met homoseksuele contacten, (ex)verslaafden en mensen afkomstig uit gebieden waar het HIV in verhouding veel voorkomt, eerder op HIV-antistoffen getest dan bijvoorbeeld de autochtone heteroseksuele bevolking.

Omdat in het algemeen biseksualiteit moeilijk bespreekbaar is gaan artsen, maar ook biseksuelen zelf, er vaak ten onrechte van uit dat er geen risico bestaat op een HIV-infectie. Dit geldt ook voor lesbische vrouwen met heteroseksuele contacten.

De HIV/AIDS-coördinatie dankt de huisartsen hartelijk voor de ruime belangstelling die onder hen aanwezig was voor deelname aan het onderzoek. Medio 1994 zal de enquête worden herhaald.

Actuele informatie

Urineverlies

Op zondag 3 oktober 1993 start Teleac met een doe-het-zelf cursus voor mensen met ongewild urineverlies. Teleac wil incontinentie bespreekbaar maken en mensen met ongewild urineverlies motiveren en steunen iets aan hun probleem te doen. De cursus is, behalve informatief, ook therapeutisch en instructief van aard. Het doel is verandering van gedrag te bewerkstelligen.

De zedelijke cursus 'Urineverlies, u kunt er iets aan doen' is

wekelijks te zien op TV 2 van 23.30-24.00 uur. De aanvullende zes radioprogramma's zijn te beluisteren vanaf donderdag 7 oktober 1993 van 22.30-23.00 uur op Radio 5. De cursus wordt in het voorjaar 1994 herhaald. Voor informatie: Teleac, tel. 030 - 94 69 46 (alleen tijdens kantooruren).

GVO/Preventie-onderzoek 1990-1992

Bij het Landelijk Centrum GVO is de publikatie 'GVO/Preventie-onderzoek 1990-1992' verschenen in de reeks 'Overzichten GVO'. Met dit overzicht beoogt het Landelijk Centrum GVO meer inzicht te geven in de onderzoekstrends op het gebied van gvo en preventie in Nederland. De publikatie geeft een beeld van wat er aan gvo- en preventie-onderzoek wordt gedaan binnen de RIAGG-en, GGD-en, CAD's, thuiszorg, maar ook binnen universiteiten en hogescholen, categorale en andere instellingen. Het overzicht biedt onderzoekers de mogelijkheid zich op de hoogte te stellen van vergelijkbare onderzoeken die door organisaties elders worden uitgevoerd.

Informatie: Landelijk Centrum GVO, tel. 030 - 91 02 44.

De specialist II

Net als vorig jaar gaat Teleac op bezoek in verschillende ziekenhuizen waar men kan kennismaken met een aantal specialisten en hun patiënten.

'De specialist II' met veel nieuwe en praktische informatie begint op zondag 12 september 1993. In de televisie-uitzendingen wordt steeds een andere specialist bezocht: een longarts,

een vaatchirurg, een uroloog, een neuroloog en een anesthesist.

In deze serie wordt men als het ware meegenomen naar de behandelkamer, de spreekkamer en de operatiekamer. De bedoeling van de serie is de afstand tussen arts en patiënt kleiner te maken. Daarom zijn het juist de meer alledaagse werkzaamheden van de specialist die aan bod komen, werkzaamheden waar iedereen mee te maken kan krijgen. Veel aandacht wordt besteed aan het hoe en waarom van een behandeling.

De zes televisie-uitzendingen beginnen op zondag 12 september 1993 en zijn wekelijks te zien van 19.20-19.50 uur op TV 2. Voor informatie: Teleac, tel. 030 - 94 69 46 (alleen tijdens kantooruren).

Symposia

Ongevallenpreventie in de privésfeer

Ter gelegenheid van het tienjarig bestaan houdt de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) een seminar met als thema 'Een andere kijk op veiligheid'. Dit seminar wordt gehouden op donderdag 14 oktober 1993 in Amsterdam.

Het seminar omvat presentaties waarin nationale en internationale ontwikkelingen centraal staan op de deelgebieden onderzoek, voorlichting, veiligheidsnormen voor produktie en bevordering van regelgeving.

Voor informatie:

SVO, tel. 020 - 511 45 11.

Gezondheidsonderzoekdag 1993

Voortbouwend op het succes van de vorig jaar in Groningen geïnitieerde combinatie NVAG/V&W-congres en de GezondheidsZorgOnderzoekdag worden op 9 en 10 december 1993 wederom deze dagen georganiseerd, dit keer in Nijmegen. Onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg (NVAG) en van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (V&W) vindt op donderdag 9 december het tweede NVAG/V&W-congres plaats en op vrijdag 10 december de elfde GezondheidsZorgOnderzoekdag. De organisatie berust dit jaar bij de vakgroep Huisarts-geneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuiskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Nadere inlichtingen: B. Tax, Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen (tel. 080 - 61 31 13).

Waarde Gezondheid

Samen met de bevolking en met andere organisaties werken aan lokaal gezondheidsbeleid en daarbij inspelen op diverse waardesystemen is het thema van het landelijke symposium 'Waarde Gezondheid', dat op 3 november 1993 in Rotterdam wordt gehouden.

Het symposium wordt georganiseerd in het kader van de kernthema's van het Netwerk Gezonde Steden, te weten bevolkingsparticipatie en intersectorale actie voor de ontwikkeling van lokaal/regionaal gezondheidsbeleid. De organisatie vindt plaats in samenwerking met het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid

en Cultuur, the Netherlands School of Public Health, de MEANDER-groep zorgverzekeraars en de afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding van de GGD in Rotterdam. Symposiumsecretariaat: 010 - 433 92 87 (mw. Ellenkamp) of 010 - 433 95 64 (mw. Boerma).

Voorlichting

'Met 2 jaar naar de tandarts'

Op 1 oktober 1993 start de campagne 'Met 2 jaar naar de tandarts'. Voor deze nieuwe campagne heeft de vakgroep Collectieve Preventie Jeugd-tandzorg van de GGD Den Haag in samenwerking met de GGD Rotterdam de videospot 'Met 2 jaar naar de tandarts' uitgebracht.

De spot wordt gesproken in het Nederlands, Turks, Marokkaans, Arabisch, Chinees en Kaapverdiaans en duurt twee minuten in elke taal. Bij deze videospot hoort een oproepkaartje, een poster en een eenvoudige folder.

Uit onderzoek is gebleken dat het bestaande oproepkaartje 'Met 2 jaar naar de tandarts', dat elke ouder van een kind van 2 jaar in de maand oktober in de brievenbus krijgt, weliswaar goed werkt, maar dat een grote groep ouders (vooral migranten) niet op de oproep reageert. Waarschijnlijk omdat de betekenis niet goed begrepen wordt. Behalve dat vooral migrantenouders met hun kinderen te laat bij de tandarts komen, is ook uit onderzoek gebleken dat ze te laat bij hun kinderen beginnen

met tandenpoetsen, en dat de gebitjes van hun kinderen in vergelijking met die van hun Nederlandse leeftijdgenootjes slechter zijn. Daarom is een aantal aanvullende TGVO-activiteiten genomen, zoals gedeeltelijke vertaling van het oproepkaartje, het uitbrengen van een poster, een strooifolder en de video.

De bedoeling van al deze aanvullende (audio)visuele materialen - herkenbaar aan het bekende 'Dick Bruna-poppetje' met tandenborstel - is dus om vooral migrantenouders te stimuleren met hun kind al op tweejarige leeftijd naar de tandarts te gaan.

Het project is mogelijk gemaakt door samenwerking van de GGD Rotterdam, de GGD Den Haag (vakgroep Collectieve Preventie Jeugd tandzorg en de vakgroep GVO), het ziekenfonds AZIVO en de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde, afdeling Den Haag. Meer informatie over dit project kunt u krijgen bij mw. A. Brouwer en mw. D. Teuben, GGD Den Haag, vakgroep Collectieve Preventie Jeugd tandzorg (tel. 070 - 361 93 24).

Aangifte infectieziekten

Op pag. 40 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 gemelde typhus-patiënt bleek de besmetting te hebben opgelopen tijdens een vakantie in Pakistan.

De besmettingsbron van de bacillaris dysenteria-patiënt bleef onbekend.

Van de gemelde hepatitis A-patiënt is de besmettingsbron onbekend.

Er werd 1 meningococcosis-patiënt gemeld. Snelle melding kan paniek bij ouders en op scholen voorkomen.

Bij de gemelde psittacosis-patiënt kon de bron niet achterhaald worden, omdat de patiënt reeds haar twee parkieten een spuitje had laten geven na het vaststellen van de ziekte. De Veterinaire Inspectie werd geïnformeerd.

Aan deze rubriek werkten mee:

W.J.O. Beaumont;

Mw. A.R.J. Brouwer;

Mw. I. Burger;

Mw. F. de Jongh-Wieth;

Mw. J.C. Leegsma

(GGD, Rijswijk);

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

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap

(GGD, West-Holland);

Mw. M.J.M.L. van der Zijden.

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 2e kw	1993 t/m 2e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	6	4			19	10
		morbilli (B)	3				4	3
		(atyp.) pertussis (B) **	2	1			2	3
		rubella (B)	1					1
		tuberculosis (B)	24	31			68	55
		parotitis epidemica (C)						
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	43	26			103	69
		syfilis prim./sec. (C)	4	4			4	8
		syfilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1		1			4	1
		HIV-infectie/Aids (1) ****	2	10			13	12
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (3)	19	1			13	20
		dysenteria bacillaris (B) (3)	4	1			6	5
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	19	35			42	54	
dier	inhalatie (faecaal meteriaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1	1			5	2
		Q-vever (B) (5)	1	1				2
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	1	1			7	2
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
		brucelloses (B) (5)						
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					
consumptie								
		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	3				4	3
		febris typhoidea (A)	2	1			2	3
		paratyfus B (B)	1				1	1
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)		leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
 totaal			134	108			284	242

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