

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

## *inhoud*

### *volksgezondheid*

Ouderenzorg in beweging

Preventief bezoek en onderzoek bij ouderen

Gezondheidsprognoses

Consultatie door de RIAGG bij dak- en thuislozen

### *epidemiologie*

Kindermishandeling, werk voor de JGZ

Kwaliteitscontrole peuterspeelzalen in Den Haag

### *en verder o.a.*

Korte berichten

*jaargang 29, 1994  
nummer 3*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

## *Volksgezondheid*

- Ouderenzorg in beweging* 3  
- A.R. Noyon
- Preventief bezoek en onderzoek bij ouderen* 9  
*Het laatste woord is nog niet gezegd*  
- G.R. de Wildt
- Gezondheidsprognoses* 14  
- Conclusies rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning
- Consultatie door de RIAGG bij dak- en thuislozen in opvangcentra* 18  
- M.B.J. Blom

## *Epidemiologie*

- Kindermishandeling, werk voor de JGZ* 20  
- Mw. W.C.P. Steuteknuël, J.C. Carbière en Mw. I. Burger
- Kwaliteitscontrole peuterspeelzalen in Den Haag* 24  
- Mw. M. Monné-van Wirdum en Mw. M.G.C. Boogaarts

## *Korte berichten*

28

---

September 1994  
29ste jaargang nr. 3

***Epidemiologisch Bulletin***

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

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

**Redactie**

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker, arts; Mw. I. Burger; dr. M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).  
m.m.v. A. Pols en H. Burger

**Correspondenten**

*Dienst Welzijn; Sector GGD en Maatschappelijke Zorg*  
W.J.O. Beaumont, arts, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne  
J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen  
Ir. H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie  
B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg  
W.J. Vroege, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg  
H. Westerhof, tandarts, hoofdafdeling Jeugdtranzorg  
W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieukundige, afdeling (milieu)hygiëne

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, Rijksuniversiteit Leiden  
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam  
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO Amsterdam  
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland  
Dr. Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland  
Mw. F.L. van Leeuwen, Stichting Thuiszorg Den Haag

ISSN 0921-6219

**Redactieadres**

Dienst Welzijn  
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg  
Thorbeckelaan 360  
2564 BZ Den Haag  
Postbus 65 783  
2506 EB Den Haag  
Mw. I. Burger  
Tel.: 070 - 361 94 47  
Fax: 070 - 361 93 39

**Vormgeving en opmaak**  
T&IC, Delft

**Illustraties**

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

**Druk**

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

**Uitgave**

Dienst Welzijn  
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg  
Den Haag

**Oplage**

1.500 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.

# Ouderenzorg in beweging

---

A.R. Noyon

Vorm en inhoud van ouderenzorg hebben voortdurende politieke en maatschappelijke aandacht. Er verschijnen rapporten van tal van commissies. Maar de stelselherziening is inmiddels vastgelopen, het ontbreekt aan politiek-bestuurlijke consensus en de problematiek blijft uiterst complex. Toch schreeuwen de problemen binnen de ouderenzorg nu echt om actie!

De commissie Welschen heeft haar advies uitgebracht (1). Partijen op het terrein van de ouderenzorg hebben maandenlang naar dit moment uitgekeken. Welke aanbevelingen worden er gedaan en op welke punten neemt de rijksoverheid de visie van de commissie Welschen over?

In 1992 is de planning voor de verzorgingshuizen in Den Haag op een nieuwe manier opgezet. Naast ouderen en vertegenwoordigers van de zorgaanbieders hebben bijvoorbeeld ook verzekeraars een stem in het resultaat gehad. Het Haagse plan op de bejaardenoorden voor 1993 - 1996 (WBO-plan) wordt gedragen door alle partijen (2). Dat is bijzonder omdat een bedrag van rond de 27 miljoen moest worden bezuinigd.

Allereerst wordt in dit artikel ingegaan op de achtergronden van de nieuwe vorm van plannen; daarna komen achtereenvolgens het WBO-plan en het rapport van de commissie Welschen aan de orde. Ter afsluiting worden enkele aanbevelingen van de commissie Welschen naast de resultaten van het plan gezet.

## *De achtergronden*

De vormgeving en de inhoud van de ouderenzorg hebben het afgelopen decennium vrijwel onafgebroken politieke en maatschappelijke aandacht gekregen. En niet alleen omdat het om een kostbaar stuk zorg gaat. Maar ook vanwege demografische ontwikkelingen (de verwachte groei van het aantal ouderen, mede door de sterk toegenomen levensverwachting), gewijzigde maatschappelijke posities van overheden, zorgaanbieders, consu-

*Over de auteur*

A.R. Noyon, senior beleidsmedewerker ouderenbeleid, hoofdafdeling Ouderen, Sector GGD/MZ Den Haag

menten en financiers (3)(4)(5)(6). Daarnaast werd de discussie gaande gehouden vanwege veranderende inzichten rond kwaliteit en aanbod van zorg (7).

Men kan de maatschappelijke veranderingen ook anders verwoorden. Vanuit de optiek van de regelgeving typeert P.J. Blommestijn de achterliggende jaren met de woorden: 'In het ouderenbeleid is een tijdperk voorbij. Na een periode van grote bloei en sterke uitbreiding zijn we, na 1980, in een periode gekomen waarin de nadruk ligt op kwantitatieve beheersing met een no nonsense-attitude en een zekere distantie tot het beleidsveld' (8). Vervolgens stelt Blommestijn dat omstreeks 1985 'de rek eruit was'. Daarom werd er naarstig gezocht naar mogelijkheden om duurdere (intramurale) zorgvormen door goedkopere extramurale alternatieven te vervangen (substitutie) (9).

In vrijwel alle toekomstscenario's voor het ouderenbeleid neemt substitutie een centrale plaats in.

In de praktijk betekent substitutie dat zorgbehoevende ouderen die nog zelfstandig wonen ook van de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen gebruik kunnen maken. Maar substitutie van zorg kan niet zomaar. De bestaande regelgeving verzet zich ertegen. Daarom werden bestaande wettelijke kaders opgerekt (10)(11). Zo kon vernieuwing van de zorg - in de vorm van experimenten - in de praktijk op haar merites worden beoordeeld.

De ouderenzorg is daarmee voortdurend in beweging.

Dit wordt ook in de regelgeving zichtbaar bijvoorbeeld bij de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Deze wet dateert van 1963. Oorspronkelijk stond het toezicht op de zorg en het beschermen van de bewoners centraal. Na een herziening in 1984 werd de WBO vooral een financierings- en planningskader. De verantwoordelijkheid voor kwaliteitstoezicht, financiering en planning is gedecentraliseerd door haar van het ministerie over te dragen naar de provincies en de vier grote steden.

Kort na de herziening van de WBO in 1984 werden opnieuw aanpassingen ingevoerd om verder te kunnen inspelen op maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen.

Ook bij de (voorgenomen) hervorming van de

wet- en regelgeving op het terrein van de zorg, beter bekend als 'het plan Simons', kwam de WBO weer aan de orde (12). Voorgesteld werd de WBO op te heffen en alle zorg via de AWBZ te laten lopen.

Het plan Simons werd al op voorhand een leidraad voor alle partijen die bij de zorgverlening betrokken zijn. De provincies en de grote steden gingen bij de invulling van de planning van verzorgings- en verpleeghuizen veel meer rekening houden met de wensen van bijvoorbeeld de zorgverzekeraars. En de zorgaanbieders en de gebruikers werden veel directer bij planprocessen ingeschakeld.

Tegen deze achtergrond heeft de gemeente Den Haag het WBO-plan opgesteld.

### *Het WBO-plan*

#### *Inhoud en totstandkoming*

Het WBO-plan is in oktober 1992 vastgesteld door de Haagse gemeenteraad (rv. 323). Daarmee werd voldaan aan de verplichting in artikel 3 van de WBO om voor de periode 1993 - 1996 het beleid voor de verzorgingshuizen in een plan vast te leggen. In deze vorm is het plan een kader, dat per jaar verder wordt ingevuld.

Het kent twee hoofdthema's:

- financiële invulling van het beleid.  
Het plan geeft richting aan een bezuinigingsoperatie ter grootte van 27 miljoen. Ruwweg komt dit overeen met een vijfde van het Haagse aanbod aan verzorgingsplaatsen;
- vernieuwing in de (verzorgingshuis)zorg.  
Het gaat hier om het inspelen op inhoudelijke ontwikkelingen, veranderingen in de regelgeving en de toekomstige rol en positie van de overheid.

Bij het opstellen van het plan heeft het gemeentebestuur de veldpartijen bij de invulling van het verzorgingshuizenbeleid betrokken. Er is een projectgroep ingesteld waarin afvaardigingen van Haagse verzorgingshuizen, gebruikers, de Stichting Thuiszorg en van het verbindingskantoor AWBZ zitting hadden. Voorzitter van de projectgroep was de vertegenwoordiger van de verzorgingshuizen.

In mei 1993 presenteerde de projectgroep haar advies aan het college van Burgemeester en Wethouders (13). Er werd ingegaan op allerlei vormen van zorg die door de Haagse verzorgingshuizen

aan ouderen kan worden geboden. Daarnaast deed de projectgroep suggesties voor de uitvoering en bekostiging van de diverse plannen (14).

De projectgroep had zich vooral op het gemeentelijke niveau gericht. Ontwikkelingen voor groepen van huizen werden aangegeven. De verdere onderbouwing, op het niveau van het individuele verzorgingshuis, is door een andere groep verzorgd. Deze heeft met alle Haagse verzorgingshuizen afspraken gemaakt over hun bijdragen aan de invulling van het Haagse verzorgingshuizenbeleid. Deze afspraken vormden het fundament van het advies van de projectgroep.

#### *Uitwerking*

Zonder inkrimping van het aantal verzorgingshuizen kan een kostenreductie van ongeveer 27 miljoen niet worden gerealiseerd. Toch heeft de projectgroep in haar benadering niet sec gekozen voor reductie, maar voor een combinatie van beide: vermindering van capaciteit en verbreding van het zorgaanbod.

De projectgroep heeft het verzorgingshuis benaderd als 'zorg-aanbieder'. Het zorgaanbod moet zich kunnen richten op de eigen bewoners, maar ook op ouderen die in de (nabije) omgeving van het instituut wonen.

De projectgroep heeft vijf hoofdscenario's uitgewerkt:

- ombouw van verzorgingscapaciteit naar zelfstandige woonvormen;
- het bieden van verpleeghuiszorg (extramuraal verpleeghuisplaatsen en substitutie van zorg);
- mogelijk commerciële activiteiten;
- maatregelen in de sfeer van de doelmatigheid;
- reductie van capaciteit.

Verzorgingshuizen die invulling geven aan deze ombouwplannen krijgen te maken met noodzakelijke aanpassingen in het personeels- en bewonersbestand.

Voor de gebruikers van de zorg heeft de invulling van het plan de volgende consequenties:

- in voorkomende gevallen vinden verhuizingen plaats (niet gedwongen), intern of naar vergelijkbare instellingen. De betrokkenen worden schadeloos gesteld;
- langere wachtlijsten voor opname in een verzorgingshuis. In veel gevallen stellen de betrokken huizen een opnamestop in tot het

gewenste aantal bewoners is bereikt. Een op stadsdeelniveau gecoördineerde aanpak voorkomt te grote stagnatie in de opnames.



Niet alleen de invulling, ook de uitwerking van het plan vindt per jaar plaats. Zo kan worden bijgestuurd in geval van stagnatie of overlap in het zorgaanbod. Maar het biedt ook de mogelijkheid om flexibel en snel in te spelen op veranderingen in de wet- en regelgeving en de financiële mogelijkheden.

#### *Het rapport van de commissie Welschen*

##### *Aanbevelingen*

In haar rapport analyseert de commissie Welschen de bestaande problemen in de ouderenzorg. Vervolgens komt ze tot een aantal aanbevelingen. Sommige hebben betrekking op het gemeentelijke niveau, andere op het regionale. Enkele voorstellen zijn vooral relevant voor de korte termijn, andere kunnen pas op de langere termijn worden gerealiseerd. Over de haalbaarheid van de aanbevelingen zal niet iedereen het eens zijn. Veel zal afhangen van de bereidheid van de marktpartijen om gezamenlijk tot oplossingen te komen.

De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- één financierings- en verzekeringssysteem;
- harmonisatie eigen bijdragen gebruikers;
- minimum aan wetswijzigingen (vanwege invoeringssnelheid);
- een 'twee-kolommenmodel', dat wil zeggen wonen onder de VROM-regelgeving en de intramuraal zorg gefinancierd door de AWBZ;
- instellen van 'zorgregio's'. Dit zijn regionale samenwerkingsverbanden waarin verzekeraars en gemeenten hun beleid afstemmen en waar gebruikers hun wensen kenbaar kunnen maken;





- stimulering van voorzieningen door een zorgvernieuwingsfonds;
- scherpere afbakening tussen de functies 'wonen', 'zorg' en 'welzijn';
- één loket voor diegene die behoefte heeft aan 'wonen', 'zorg' en 'welzijn' en het instellen van een ouderenadviseur bij dit loket;
- zo groot mogelijke substitutie;
- doelmatigheidswinst door toegenomen bedrijfsrisico's;
- betere afstemming planning en financiering;
- geïntegreerde, onafhankelijke indicatiestelling.

#### *Regelgeving en financiering*

Wat de regulering van de zorg betreft, gaat Welschen in wezen voort op het reeds ingeslagen pad van de stelselherziening: 'de verzekeringsvariant'. Dit komt neer op een overheveling van de WBO naar de AWBZ. Daarvoor is een helder onderscheid tussen wonen en zorg nodig. Invulling van de ouderenzorg wordt overgelaten aan marktpartijen. Deze komen tot de vereiste afstemming van het aanbod. Zorgverzekeraars sluiten contracten af met de aanbieders.

Voor de financiering van de toekomstige ouderenzorg is volgens Welschen een groei van het budget met jaarlijks 1% noodzakelijk. Daarnaast trekt men een zware wissel op de 'substitutie'. Omdat de commissie van mening is dat de zorginfrastructuur tot een minimum beperkt moet blijven, stelt men geen aparte subsidiestroom voor om bouwkundige extra's te realiseren bij woonzorg-complexen.

Door het zelfstandig blijven wonen van ouderen neemt het beslag op de bestaande woningvoorraad toe. Omdat daarnaast veel ouderen gebruik maken van huursubsidie verwacht de commissie hier een stijging met 110 miljoen.

#### *Verzorgingscapaciteit en substitutie*

De commissie Welschen stelt voor de bestaande plannen voor ombouw of sloop van verzorgingsplaatsen opnieuw te bezien, dit uit vrees voor kapitaalvernietiging. Voorts vermeldt de commissie dat in de huidige situatie ongeveer 9% van de ouderen intramuraal verblijft. In 2015 zou dat percentage tot zes teruggebracht moeten zijn.

In zijn toekomstmodel maakt Welschen onderscheid tussen twee varianten, een substitutie- en een demografische variant. Deze laatste variant is een extrapolatie van de huidige situatie naar het jaar 2015. Bij de substitutievariant worden ouderen onderscheiden naar 'zorgbehoefte', variërend van licht tot zwaar.

Wanneer ouderen met een lichte en matige zorgbehoefte niet langer tot het verpleeghuis worden toegelaten zou in 2015 kunnen worden volstaan met 58.000 plaatsen. Dat aantal is vrijwel gelijk aan de huidige capaciteit. De demografische variant zou 78.600 plaatsen noodzakelijk maken.

Nemen de verzorgingshuizen uitsluitend ouderen op met een matige zorgbehoefte, dan zou in 2015 een capaciteit van 93.000 plaatsen voldoende zijn. De demografische variant zou 183.000 plaatsen noodzakelijk maken.

De thuiszorg moet een belangrijk deel van de gebruikers van de zwaardere zorg opvangen. Op grond van de demografische variant verwacht Welschen dat er in het jaar 2015 ongeveer 375.000 ouderen een beroep doen op de thuiszorg. In zijn substitutievariant is dat aantal vrijwel gelijk. De achtergrond is, dat op dit moment 31% van de cliënten van de thuiszorg die zorg eigenlijk niet nodig zou hebben. Wanneer die mensen ook daadwerkelijk uit het systeem verdwijnen ontstaat er ruimte voor de ouderen die via het substitutiemodel op thuiszorg zijn aangewezen.

#### *Het advies Welschen en het WBO-plan naast elkaar*

Met de opzet en de invulling van het WBO-plan 1993 - 1996 werd geprobeerd om zoveel mogelijk consensus bij alle betrokken partijen te krijgen: de aanbieders, de gebruikers, de verzekeraars en de overheid.

De planning van voorzieningen is in de toekomstvisie van de commissie Welschen een zaak van de zorgregio, dus zowel van verzekeraars als

van de (gemeentelijke/regionale) overheid. Ook op deelterreinen blijft er de overheidsinvloed, zoals bij de invulling van het zorgvernieuwingsfonds. Maar de zorgaanbieders ontbreken in het bestuur van de zorgregio. Daarom ligt het niet onmiddellijk voor de hand dat er ook in de toekomst een vergelijkbaar planproces op gang komt. Marktpartijen en met name gebruikers zullen zich goed moeten organiseren om hun invloed te kunnen aanwenden.

Eén van de doelen van het WBO-plan was het bieden van een zorgaanbod met een evenwichtige spreiding over de gemeente.

Onduidelijk is hoe de toekomstige contracteervrijheid van invloed zal zijn op dit aspect van de planning. Wat zijn de gevolgen wanneer bijvoorbeeld de verzorgingsprijs van een voorziening nadelig wordt beïnvloed door zaken die met de ligging van het gebouw te maken hebben.

Het kwaliteitstoezicht blijft een taak van de overheid. Vanwege de contracteervrijheid van de verzekeraars en de onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders zal de kwaliteit van de zorg geen gevaar lopen. Instellingen moeten systematisch gegevens verzamelen en rapporteren. Daarmee leggen ze, meer dan nu het geval is, verantwoording af over de verleende zorg.

Het opstellen en bewaken van regelgeving die bewoners zeggenschap geeft over inspraak in de dagelijkse gang van zaken in het verzorgingshuis is op dit moment een zaak van de provincies en de vier grote steden. Naar verwachting wordt dit in de toekomst (deels) een zaak van de rijksoverheid.

De wens om 'wonen' en 'zorg' van elkaar te scheiden heeft iets paradoxaals. Immers, wanneer de oudere zelfstandig woont is het beleid erop gericht zoveel mogelijk zorg naar de oudere toe te brengen. Zodoende kan hij langer zelfstandig blijven. Dit is overigens niet in alle gevallen de goedkoopste oplossing (15).

In een verzorgingshuis woont de oudere niet meer zelfstandig. Hij woont in het huis en ontvangt waar nodig zorg. En juist daar, waar 'wonen' en 'zorg' zeer nauw met elkaar zijn verweven, moet een onderscheid komen en wordt getracht 'wonen' en 'zorg' zoveel mogelijk van elkaar te onderscheiden. Daaraan kunnen nauwelijks andere dan financiële of organisatorische redenen ten grondslag liggen.

Over de wenselijkheid van het scheiden van 'wonen' en 'zorg' bestaat overigens een grote mate van overeenstemming. De achterliggende motieven verschillen echter sterk.

De wenselijkheid en haalbaarheid van substitutie vormen, met de bijbehorende regelgeving, in feite de kern van de vernieuwing in de ouderenzorg (16)(17). Alleen substitutie houdt de ouderenzorg in de nabije toekomst betaalbaar. Dat blijkt ook uit het invullingstraject zoals dat in het plan wordt gevolgd.

Eén wettelijk regime voor de zorg zal de substitutiemogelijkheden zeker verruimen. Ook daarover bestaat een grote mate van consensus. Wel zal het uitvoeren van de substitutieplannen een zware druk leggen op de informele en thuiszorg.

De uitspraak in het rapport van de commissie Welschen, dat 31% van de gebruikers van thuiszorg daarvoor eigenlijk een te lichte zorgbehoefte heeft, lijkt niet overeen te stemmen met de Haagse praktijk.

### Conclusie

De uitwerking van het WBO-plan en het advies van de commissie Welschen lopen tot op grote hoogte parallel. Het scheiden van 'wonen' en 'zorg', de noodzaak van substitutie en de wenselijkheid van samenhang en afstemming binnen het zorgaanbod zijn overeenkomsten. Of zonder het advies het plan evenwel op gelijksoortige wijze tot stand zou zijn gekomen - en daarmee qua inhoud vergelijkbaar - ligt, gezien de keuzes van Welschen minder voor de hand.

In zijn rapport stelt Welschen dat de WBO nog enige tijd moet blijven bestaan. Zo krijgen de overheid en de verzekeraars tijd om orde op zaken te stellen.

De ministeries van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur moeten in goed overleg een overgangstraject uitstippelen. Het is dan ook niet onmogelijk dat ook na de huidige planperiode (1993 - 1996) de gemeente een verantwoordelijkheid voor de verzorgingshuizen behoudt. In het begin van de jaren negentig deed zich een vergelijkbare situatie voor. Ook toen zou de WBO op korte termijn naar de AWBZ worden overgeheveld. Door het vastlopen van de stelselherziening, het ontbreken van politiek-bestuurlijke



consensus en vanwege de complexiteit van de problematiek is het er niet van gekomen. Vanwege de problemen in de ouderenzorg wordt het nu echt tijd voor actie.

#### Literatuur:

1. Commissie Modernisering Ouderenzorg (commissie Welschen): Ouderenzorg met Toekomst. Rijswijk 1994.
2. Plan Bejaardenoorden 1993 - 1996. Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, 1992.
3. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950 - 2010. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1993.
4. Grambergen J. Bevolking en beleid. Gemeentelijke Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling. Gemeente Den Haag, 1992.
5. Bolten S. Ouderen op Nieuwe wegen, initiatieven van een groeiende beweging. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
6. Naafs J. Integratie van ouderen. Universiteit Twente. Enschede 1989.
7. onder andere: Vernieuwing gedemonstreerd, evaluatie van zeven demonstratieprojecten in de ouderenzorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1991.
8. Blommestijn PJ. Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985. Universiteit Twente. Enschede 1990.
9. zie ook: Nota Zorg voor Ouderen. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1987.
10. zie bijvoorbeeld: Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad substitutie verpleeghuiszorg 1990. Staatscourant 1990, nr 32.
11. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, nr. 21 470.
12. Werken aan Zorgvernieuwing. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1990.
13. Bovens HFM, Eitjes HBFM. Projectgroep plan Bejaardenoorden. Contourennota. Den Haag 1993.
14. Bovens HFM, Eitjes HBFM. Projectgroep plan Bejaardenoorden. Nieuwe wegen voor Haagse verzorgingstehuizen. Den Haag, mei 1993.
15. Otten GR, Vlist JA van der. Omslagpunten in de kosten van dienstverlening aan ouderen, Tijdschr Gerontol Geriatr 1990; 21 nr. 3: 109-14.
16. Huisman R. Model van voorzieningen voor ouderen. Zeist: Kerckebosch BV, 1990.
17. Linschoten CP van, Wolfensperger EW. Substitutie-effecten in de zorg voor ouderen in Zuid-Oost Groningen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1992; 23 nr. 5: 171-8.

# Preventief bezoek en onderzoek bij ouderen

*Het laatste woord is nog niet gezegd*

---

*G.R. de Wildt*

Steeds meer Nederlanders worden ouder dan 65 jaar. Het aantal hoogbejaarden neemt daarbij toe. Tegelijkertijd neemt het aantal kinderen af. Bovendien wonen ze vaak ver van hun ouders. De dochter werkt en de zoon neemt daarbij niet de traditionele (mantel)zorg over. Door dat alles neemt het belang van sociale en medische preventie toe. Amerikaanse deskundigen stellen dat daarmee veel gezondheidswinst bij ouderen kan worden geboekt.

Preventief onderzoek bij ouderen, is het zinvol en wenselijk? Kan het gezondheidswinst opleveren en is het maatschappelijk aanvaardbaar? Getuige de vele projecten en de groeiende stapel onderzoeksliteratuur blijft die vraag in de Westerse wereld actueel. Ook Den Haag kent projecten op dit gebied, in de vorm van zowel welzijnsbezoeken als meer medisch-technisch georiënteerde activiteiten. Voorbeelden van welzijnsbezoeken zijn die in het stadsdeel Escamp (1) en in het Staten- en Geuzenkwartier (2). In 1991 achtte de toenmalige wethouder deze bezoeken het navolgen waard, zonder echter over te gaan tot een uniforme aanpak voor de hele stad of extra geld ter beschikking te stellen: middelen zouden vooral uit bestaande budgetten moeten komen (3). Tijdens een bijeenkomst op 29 april van dit jaar werd een voltooid welzijnsbezoeksproject in Loosduinen gepresenteerd (4). Het werd door de aanwezige ouderen en wethouder nadrukkelijk geprezen.

Daarnaast worden op het medische vlak projecten uitgevoerd gericht op vroege opsporing van dementie en andere ouderdomsziekten, waarbij huisartsen, verpleeghuisartsen, thuiszorgers en de RIAGG samenwerken, onder meer in de Haagse Hout.

De behoefte aan preventie leeft niet alleen onder professionele zorgverleners, maar ook onder de doelgroep. Zo bracht de Stedelijke Ouderencommissie (SOC) de wens naar voren om een

*Over de auteur*

*G.R. de Wildt, arts-epidemioloog, werkzaam op de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

'consultatiebureau voor ouderen' op te richten. Een wens die vanuit de politiek en vanuit een oogpunt van volksgezondheid buitengewoon interessant is, maar ook vele haken en ogen heeft. Hieronder volgt een korte beschouwing. Allereerst: Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over preventief onderzoek?

### *Beroepskrachten*

Een uitstekend overzicht geven Buis en Meyboom in Huisarts en Wetenschap (5). Ze bezien onderzoeken die zich richten op het effect van preventieve interventies bij ouderen, uitgedrukt in meetbare verbeteringen van lichamelijke en geestelijke gezondheid en van welbevinden.

Veel indruk maakten de resultaten van een Deense studie (6). De onderzoekers lieten wijkverpleegkundigen vier keer per jaar ouderen bezoeken en een gestructureerd interview afnemen. De verpleegkundigen verwezen zonnodig en hielden zich beschikbaar voor telefonisch contact. Ten opzichte van een controlegroep van niet-bezochte ouderen waren frequentie en duur van ziekenhuisopnamen onder de bezochte ouderen veel lager. Bovendien viel de sterfte een kwart lager uit. Hoewel de niet-bezochte ouderen veel minder gebruik maakten van wijkverpleging en gezinshulp, waren de totale kosten aan zorg voor niet-bezochte ouderen hoger.

Volgens Buis en Meyboom is dit onderzoek het enige uit een aantal gerandomiseerde interventiestudies waarin geen beginmeting plaatsvond, omdat de Deense onderzoekers verwachtten dat een beginmeting op zichzelf al als een interventie zou werken, waardoor het effect van de eigenlijke interventie, het ouderenbezoek, moeilijker kan worden geëvalueerd. Het onderzoek heeft ook een bijzondere waarde omdat follow-up onderzoek na vijf jaar het voortbestaan van de verbeteringen bevestigde.

Eveneens hoopvolle resultaten gaf een Brits onderzoek (7). In Groot-Brittannië kent men de health visitor - meestal een verpleegkundige en vaak verbonden aan een huisartsengroepspraktijk - die in het kader van preventie, vroege opsporing en optimale zorg bij chronische ziekten huisbezoeken verricht bij mensen van alle leeftijden.

De health visitors bezochten twee jaar lang interventiegroepen van personen van zeventig jaar en ouder, zowel in een stedelijk als in een ruraal

gebied. Ten opzichte van controlegroepen nam de sterfte in de stedelijke interventiegroep significant af en de kwaliteit van leven nam toe, zij het net niet statistisch significant. De sterfte en de kwaliteit van leven verbeterden in het landelijke gebied niet.

Onderzoek op dit gebied vond ook dichter bij huis plaats (8). In Weert werden ouderen tussen 75 en 84 jaar gedurende drie jaar vier maal per jaar bezocht door verpleegkundigen. Ten opzichte van een controlegroep trad geen significante verbetering op in gezondheid, maar de kans om te worden opgenomen of verwezen naar een polikliniek was aanzienlijk lager. In de interventiegroep werd meer gebruik gemaakt van eerstelijnszorg, inclusief thuiszorg, terwijl de kosten per persoon in de interventiegroep 4% hoger waren dan in de controlegroep. Bij analyse bleek dat de interventie veel effectiever was bij mensen die al aan het begin van het onderzoek een slechte zelfgerapporteerde gezondheid hadden.

### *Vrijwilligers*

In Groot-Brittannië zetten onderzoekers vrijwilligers in (9). Deze bezochten mensen van 75 jaar en ouder uit twee huisartspraktijken en namen een vragenlijst af over activiteiten van het dagelijkse leven (ADL). Als de bezochte ouderen een achteruitgang te zien gaven op de ADL-score, verwezen de vrijwilligers ze naar de huisarts. Er was ook een controlegroep, die geen bezoek kreeg.

De sterfte en de ADL-score lieten geen verschil zien tussen beide groepen. Ouderen in de interventiegroep werden echter vaker opgenomen. De niet-bezochte ouderen brachten daarentegen veel meer dagen door in ziekenhuizen en in bejaardenoordens. In de interventiegroep was het aantal val-incidenten veel kleiner en ontvingen de ouderen meer thuiszorg en andere eerstelijnszorg.

Dit onderzoek laat zien dat ook vrijwilligers kunnen worden ingezet om verbeteringen op dit terrein te bewerkstelligen. Dit is van belang omdat vrijwilligers een steeds belangrijker rol zullen vervullen in de zorg voor de ouder wordende mens in onze samenleving. Daarbij komen echter ook vragen op. Is het maatschappelijk aanvaardbaar om vrijwilligers in te zetten als verlengde arm van de gezondheidszorg en het welzijnswerk? Dreigt het gevaar van verkapte professionalisering van vrijwilligers, zonder waarborgen voor kwaliteit van zorg?

## Twijfel

De studies naar het effect van preventief onderzoek bij ouderen leveren verschillende - deels tegenstrijdige - conclusies op. Dat is ook niet zo verwonderlijk, omdat de onderzoeksopzet van de studies verschillend was. Bovendien vonden ze plaats in landen met uiteenlopende culturen en verschillen in gezondheidszorg. Toch kan men de conclusie trekken dat er vooralsnog geen harde aanwijzingen zijn dat preventief onderzoek bij *alle* ouderen boven een bepaalde leeftijd helpt en tegelijkertijd kosten-effectief is. In Groot-Brittannië zijn huisartsen sinds enkele jaren contractueel verplicht om eens per jaar ouderen van 75 jaar en ouder een preventief gesprek en onderzoek aan te bieden, door de health visitor of een andere gezondheidswerker. Maar aan de zinvolheid wordt getwijfeld: 'The doubt persists' (10).

## Medicalisering

Een extra probleem is dat ongericht preventief onderzoek een levensgroot gevaar van medicalisering met zich mee kan brengen. Er zijn tal van situaties - vooral bij ouderen - waarbij het potentieel aan diagnostiek en behandeling schier eindeloos is, zonder dat de patiënt er beter van wordt. Het gevoel van afhankelijkheid van geneeskunde kan echter heel groot worden, terwijl de samenleving en de patiënt zelf er financieel op achteruit gaan.

IK HAD TOCH 'T GELD VOOR DIE  
PILLEN HIERIN.....



Wat wellicht wel gezondheidswinst kan opleveren en kosten-effectief kan zijn is preventief onderzoek bij ouderen die reeds een mindere gezondheid hebben. Dat beaamen overigens ook verpleegkundigen die stellen dat preventief bezoek bij een geselecteerde groep ouderen zinvol kan zijn, alleen al om het geneesmiddelengebruik met de bejaarde door te nemen (11). De ouderenbezoeker moet dan wel het niveau van verpleegkundige hebben.

## Programmatische preventie

Wanneer is preventief onderzoek bij ouderen zinvol en aanvaardbaar, wanneer men het zuiver technisch bekijkt? Het is van belang dat preventief onderzoek, als dat maar enigszins mogelijk is, voldoet aan criteria die passen bij de vereisten van programmatische preventie (12). Het moet gaan om het zoeken naar een behandelbare aandoening, waarvoor kant en klare therapieën voorhanden zijn voor iedereen die daarvoor in aanmerking komt, en die qua bijwerkingen, ethiek, maatschappelijke opvattingen en kosten-efficiëntie aanvaardbaar zijn. Aandoeningen die aan zulke criteria voldoen zijn bijvoorbeeld borst- en baarmoederhalskanker. Screening daarvoor is echter aan leeftijdsgrenzen gebonden, vooral op grond van kosten-efficiëntie en het risico van onnodige behandelingen.

Bij een aantal psychische aandoeningen en sociale problemen ligt het al wat moeilijker. Beekman van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (13) stelt dat er in principe heel wat gezondheidswinst kan worden behaald op het terrein van depressie bij ouderen. Er zijn echter nog wel een aantal diagnostische problemen, terwijl er ook nog geen eenstemmigheid heerst over het natuurlijke beloop, de behandeling en de preventie van milde depressie in de eerstelijnszorg. Mogelijk zal hier enig licht aan de horizon verschijnen als voor depressie de 'standaard' van het Nederlandse Huisartsen Genootschap gereed komt, later dit jaar. Deze kan wellicht richting geven aan vroege opsporing, diagnose en therapie in de huisartspraktijk.

Er zijn ook andere activiteiten, die zijn gericht op preventie, maar die zich niet zo gemakkelijk laten vatten in termen van programmatische preventie. Multisectorale projecten, waarbij bewonersparticipatie voorop staat, dienen heel anders te worden

beoordeeld (12). Bovendien gaat het vaak niet alleen om technische aspecten van mogelijke gezondheidswinst, maar ook om maatschappelijke opvattingen. Hier liggen nog tal van vragen. In hoeverre moeten hulpverleners preventief onderzoek aanbieden? Moet men aandringen op onderzoek en op interventie bij mensen die daar volgens de gezondheidswetenschap overduidelijk baat bij kunnen hebben, maar daar zelf geen duidelijke hulpvraag bij stellen?

### *Autonomie*

Sommigen leggen grote nadruk op de autonomie van zowel artsen als patiënten als het gaat om psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk (14). Bovendien kunnen velen er voor kiezen zich neer te leggen bij kwalen en een zekere mate van lijden op de oude dag. Vergroting van kennis en vaardigheden voor preventie en therapie leiden niet noodzakelijkerwijs tot verbeteringen op dit gebied. Lamberts en Hofman-Okkes stellen vast dat er in de huisartsgeneeskunde vaak kan worden gesproken van een complex aan omstandigheden, zoals co-morbiditeit en patiënten met eigen wensen: omstandigheden die in hun samenhang en in hun effecten nog niet voldoende zijn onderzocht.

### *Toekomstscenario's*

Veranderingen in de samenleving en in de gezondheidszorg zullen naar verwachting de discussie over preventief onderzoek bij ouderen een extra dimensie geven. Van invloed zijn de dubbele vergrijzing en het dalende aantal kinderen, die vaker ver weg wonen. Vrouwelijke familieleden werken vaker, en de mannen nemen de mantelzorg dikwijls niet over. Ook individualisering en onthechting kunnen sociale steun voor ouderen ondermijnen, terwijl de stijgende levensverwachting betekent dat meer levensjaren in ongezondheid worden doorgebracht (15).

Door dit alles neemt ook het belang van preventie en vroege opsporing bij ouderen toe en voraanstaande Amerikaanse deskundigen stellen dat er door preventie, ook op latere leeftijd, een groot potentieel is aan gezondheidswinst dat nog goeddeels onaangeboord is (16).

### *Thuiszorgers en huisartsen*

Niet alleen de maatschappij, maar ook de gezondheidszorg verandert. Waar het met onze gezondheidszorg naar toe gaat is nog niet zeker, maar wel duidelijk is, dat de extramuralisering in volle gang is. Extramuraal zorgverleners krijgen steeds meer werk, maar voelen zich dikwijls onder druk staan van krappe budgetten, personeelsstop, een ongerust publiek en de in ons land welhaast rituele, maar energie en middelen verslindende reorganisaties. De thuiszorg lijkt te kunnen winnen aan technische efficiëntie, onder meer door specialisatie van taken door verschillende thuiszorgers. Er treedt dan mogelijk een verlies op aan persoonlijke band en aan het totale overzicht van de cliënt door de thuiszorgers. In Nederland kennen we geen kader in de gezondheidszorg, dat juist die taak heeft: in andere landen, zoals Groot-Brittannië, bestaat die wel: de health visitor, die taken heeft van preventie, vroege opsporing en het signaleren van andere problemen en eventueel coördineren van zorg (overigens niet alleen voor ouderen). Het is een interessante vraag of Nederlandse ouderen gebaat kunnen zijn bij het invoeren van een dergelijke functionaris in de gezondheidszorg. Dat kan in het bijzonder gelden voor ouderen in een achterstandssituatie, zoals in Haagse centrumwijken.

Ook het huisartsvak is volop in ontwikkeling. De op de praktijk gerichte verwetenschappelijking van de huisartsgeneeskunde neemt een hoge vlucht. Bij huisartsen is er de laatste jaren een enorme toename op het gebied van curatieve en preventieve deskundigheidsbevordering, ook op geriatrisch gebied. Echter, het is niet gezegd dat deze deskundigheid tot betere huisartszorg op grote schaal kan leiden. Immers, er dreigt een tekort aan huisartsen, met name ook in achterstandsgebieden in grote steden, en er is een toenemende druk om op vele gebieden te voldoen aan steeds uitgebreider kwaliteitscriteria en vooral ook aan de wensen van een mondiger, en tijdrovender publiek.

Een laatste landelijke ontwikkeling is dat er veel longitudinaal onderzoek gaande is dat gericht is op het in kaart brengen van onder meer lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren van ouderen, evenals de determinanten daarvan (17). Het is heel goed mogelijk dat hieruit inzicht kan voortkomen in mogelijkheden voor preventie,

inclusief preventief onderzoek. Al deze ontwikkelingen maken dat het laatste woord over de zinvolheid van preventief onderzoek bij ouderen nog niet is gezegd. Zoeken naar creatieve, wetenschappelijke en maatschappelijk verantwoorde preventieve activiteiten bij de snel groter wordende groep ouderen blijft een noodzaak.

### Den Haag

Ook in Den Haag wordt geprobeerd op dit gebied een steentje bij te dragen. De gezamenlijke RIAGG's zijn actief en ook de GGD en andere instellingen zoeken naar mogelijkheden om zinvolle projecten uit te voeren. Getracht wordt preventie en zorg te verbeteren ten aanzien van ouderen met psychosociale problemen, met inbegrip van depressie: er zijn signalen van vrijwilligers en van tal van formele hulpverleners dat dit een probleem van belangrijke omvang is. Bij deze pogingen wordt er van uitgegaan dat het niet reëel is te verwachten dat de capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg drastisch kan worden uitgebreid, maar dat de 'winst' moet worden gezocht in voorlichting, deskundigheidsbevordering en samenwerking tussen bestaande zorgverleners. Dat kunnen 'formele' zorgverleners zijn, zoals huisartsen, medewerkers van de RIAGG's, thuiszorgers en ouderenconsulenten en 'informele', bijvoorbeeld vrijwilligers die ouderenbezoeken uitvoeren. Dergelijke projecten - die het best in een buurt of wijk kunnen worden uitgevoerd - vergen bereidheid tot samenwerken en openheid tussen verschillende disciplines en instituten. Echter, het is een realiteit dat voor zorgverleners en instituten verschillende tradities, rolverdelingen, financieringsstromen en belangen een rol spelen. Dat geldt voor Den Haag evenzeer als voor de rest van het land. Voor de beoogde samenwerking zal dan ook veel inspanning nodig zijn.

### Literatuur:

1. Kersten C, Nolden HEM. Op bezoek bij hoogbejaarden. Een actie-onderzoek in stadsdeel Escamp. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 4: 9-12.
2. Anoniem. Bezoekproject ouderen Staten- en Geuzenkwartier. Ouderenwerk Henri Couveehuis. Den Haag 1991.
3. Staal LMJ. Welzijnsbezoeken in Den Haag. Antwoord van de wethouder. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 2: 25-7.
4. Smolders JC. Rapportage bezoekproject voor oude-

- ren in Kraayestein. Stichting Welzijnsorganisatie Segbroek/Loosduinen. Den Haag 1994.
5. Buis J, Meyboom-de Jong B. Preventief onderzoek bij bejaarden. Een literatuuronderzoek naar de invloed van health visiting op de functionele toestand en het welbevinden van (chronisch zieke) bejaarden. *Huisarts en Wetensch* 1993; 36 nr. 6/7: 206-10.
6. Hendriksen C, Lund E, Strømgard E. Consequences of Assessment and Intervention among Elderly People: a Three Year Randomised Controlled Trial. *Br Med J* 1984; 289: 1522-4.
7. Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of Health Visitors Working with Elderly Patients in General Practice: a Randomised Controlled Trial. *Br Med J* 1984; 288: 369-73.
8. Rossum E van, Frederiks CMA, Philipsen H et al. Effects of Preventive Home Visits to Elderly People. *Br Med J* 1993; 307: 27-32.
9. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the Elderly in the Community: Controlled Trial of Dependency Surveillance Using a Questionnaire Administered by Volunteers. *Br Med J* 1990; 300: 1253-6.
10. Harris A. Health checks for people over 75. The doubts persist. *Br Med J* 1993; 305: 599-600.
11. Appels I, Sloot G. Ouderen en medicijngebruik in Duindorp. Scriptie HBO-verpleegkundige. Haagse Hogeschool. GGD Den Haag 1994.
12. Bannenberg AFI, Boer A, Dekker E, Raat H, Rijsemus AH, Wildt GR de. Bestuurlijke keuzen in preventie. Discussienota en standpunt. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, Utrecht 1994.
13. Beekman ATF, Tilburg W van, Deeg D. Depressie bij ouderen in de bevolking. *Tijdschr Geriatr en Gerontol* 1993; 24 nr. 3: 154-68.
14. Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138 nr. 3: 118-22.
15. Wildt GR de, Willems MCM. Haagse ouderen: prioriteit voor preventie en goede zorg. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr. 4: 14-9.
16. Fries JF, Green LW, Levine S. Health Promotion and the Compression of Morbidity. *Lancet* 1989; 481-3.
17. Linde SAG van der, Deeg DJH. Longitudinaal onderzoek bij ouderen in Nederland: een inventarisatie gericht op beleidsrelevantie. *Tijdschr Geriatr en Gerontol* 1993; 24 nr. 5: 172-83.



# Gezondheidsprognoses

---

Het RIVM heeft onlangs het rapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' gepubliceerd. De uitkomsten zijn ook voor de Haagse regio van belang met het oog op beleidskeuzen en -prioriteiten. Het geschetste toekomstbeeld kent echter nogal wat onzekerheden. Daar zou iets aan kunnen worden gedaan door betere monitoring, uitgebreider epidemiologisch onderzoek en het ontwikkelen van wiskundige simulatiemodellen.

Enige tijd geleden is het rapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010' (VTV-document) verschenen. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft dit rapport in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) in samenwerking met een grote verscheidenheid aan onderzoekinstellingen tot stand gebracht. Het beschrijft de huidige gezondheidstoestand, trends uit het verleden en waar mogelijk verwachte toekomstige ontwikkelingen. Verder belicht het rapport factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden evenals de belangrijkste mechanismen die daarbij een rol spelen.

Vanwege het belang - ook voor de Haagse regio - om beleidskeuzen en -prioriteiten te kunnen stellen op basis van demografische en epidemiologische voorspellingen worden de conclusies van het rapport integraal in deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin gepubliceerd.

**“De levensverwachting van de Nederlander zal in 2010 één à anderhalf jaar langer zijn dan in 1990. Deze winst in levensduur gaat maar gedeeltelijk in gezonde jaren zitten.**

De levensverwachting bij geboorte in Nederland bedroeg in 1990 73,8 jaar voor mannen en 80,1 jaar voor vrouwen. In 1950 was dit 70,4 respectievelijk 72,7 jaar. Sinds 1860 is de levensverwachting ongeveer verdubbeld.

Voor 1990 is berekend dat het aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht ('gezonde levensverwachting') gemiddeld 60 bedraagt, voor zowel mannen als vrouwen. Dit betekent dat voor mannen ongeveer veertien jaar en voor vrouwen ongeveer twintig jaar van het leven in minder goede gezondheid wordt doorgebracht ('ongezonde levensverwachting'). De voorsprong van ruim

*Deze tekst is letterlijk overgenomen uit:  
D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (eindredactie).  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning:  
de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking  
in de periode 1950-2010. Rijksinstituut voor  
Volksgezondheid en Milieuhygiëne Bilthoven.  
Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag 1993.  
ISBN 90 399 0505 3.*

zes jaar die vrouwen hebben bij de totale levensverwachting wordt dus bijna geheel doorgebracht in ongezondheid.

Voor 2010 verwacht de CBS-bevolkingsprognose (middenvariant) dat de levensverwachting nog zal stijgen, tot 75,0 jaar voor mannen en 81,5 voor vrouwen. Uitgaande van de verwachte ontwikkelingen voor de belangrijkste ziekten en aandoeningen zal het aandeel van het leven dat in minder goede gezondheid (ziekte) wordt doorgebracht mogelijk iets toenemen: de 'toegevoegde' jaren worden relatief sterker bepaald door ongezondheid.

**De ontwikkelingen in de levensverwachting (sterfte) worden in aanzienlijke mate bepaald door een beperkt aantal belangrijke doodsoorzaken.**

De belangrijkste tien doodsoorzaken in termen van 'verloren levensjaren' (maat voor het aantal jaren dat men geleefd zou hebben, afgemeten aan leeftijdsgenoten) zijn in 1990: coronaire hartziekten, beroerte, longkanker, borstkanker, CARA, verkeersongevallen, dikke darm- en endeldarmkanker, suïcide, suikerziekte en maagkanker (in volgorde van afnemende omvang). Deze top tien is verantwoordelijk voor ongeveer 48% van het totaal aantal verloren levensjaren door alle doodsoorzaken tezamen. Als deze doodsoorzaken konden worden uitgeschakeld, zou theoretisch een winst van enkele jaren in de levensverwachting kunnen worden geboekt: bij mannen vooral ten aanzien van coronaire hartziekten (2,3 jaar), longkanker (1,2 jaar), beroerte (0,7 jaar) en CARA (0,6 jaar), bij vrouwen vooral ten aanzien van coronaire hartziekten (1,6 jaar), beroerte (1,2 jaar) en borstkanker (0,8 jaar). Echter, als de sterftetrends uit het verleden doorzetten zullen in 2010 de belangrijkste tien doodsoorzaken op één na nog dezelfde zijn als in 1990 (maagkanker wordt vervangen door longontsteking). Deze top tien bepaalt in 2010 ongeveer 50% van het totaal aantal verloren levensjaren. Longkanker, borstkanker, CARA, dikke darm- en endeldarmkanker, suïcide en suikerziekte zullen sterker bijdragen dan in 1990, en coronaire hartziekten, beroerte, verkeersongevallen en maagkanker minder sterk. Vooral de dalingen voor coronaire hartziekten en beroerte zullen bijdragen aan de winst in levensverwachting.

De ontwikkelingen in de (on)gezonde levensverwachting worden in aanzienlijke mate bepaald door een beperkt aantal belangrijke ziekten en aandoeningen; dit zijn voor het merendeel andere ziekten dan die de levensverwachting (sterfte) bepalen.

De berekening van de 'ongezonde levensverwachting' berust op gegevens over 'ervaren gezondheid' danwel 'lang- en kortdurende functiebeperkingen', en 'verblijf in instellingen'. Op deze wijze berekend zal de ongezonde levensverwachting in aanzienlijke mate bepaald worden door het vóórkomen van vooral langdurige, maar ook kortdurende ziekten en aandoeningen. Zo heeft 80-85% van de personen die hun gezondheid als 'minder goed ervaren' één of meer langdurige aandoeningen, tegen 30-35% van de personen met een als 'goed ervaren' gezondheid.

De top tien-lijst van de meest voorkomende ziekten en aandoeningen voor 1990 bestaat uit: gewrichtsslijtage, CARA, slechthorendheid, constitutioneel eczeem, depressie, (doorgemaakt) hartinfarct, suikerziekte, staar, (gevolgen van) beroerte, en dementie (in volgorde van afnemende omvang; gebaseerd op de oorspronkelijk in het VTV-document geselecteerde set van 44 ziektegroepen). Bij elkaar opgeteld gaat het om 3,4 miljoen ziektegevallen. Deze tien vooral langdurige ziekten zijn goed voor gemiddeld vijftien ziektejaren voor mannen en achttien ziektejaren voor vrouwen.

De top tien-lijst van de jaarlijks meest frequent optredende ziekten en aandoeningen voor 1990 bestaat uit: verkoudheid, ongevallen in de privésfeer, acute bronchi(oli)tis, acute urineweginfecties, bijholte-ontsteking, acute maag-darminfecties, influenza, ontstoken amandelen, depressie en longontsteking (in volgorde van afnemende omvang; gebaseerd op de oorspronkelijke in het VTV-document geselecteerde set van 44 ziektegroepen). Deze tien vooral kortdurende ziekten zijn bij elkaar opgeteld goed voor 6,1 miljoen ziektegevallen, en kosten de Nederlander gemiddeld één tot twee ziektejaren voor de gehele levensduur. Omdat veel van de gebruikte gegevens gebaseerd zijn op de registratie van huisartscontacten zijn deze getallen voor de mindere aandoeningen een onderschatting van het feitelijk vóórkomen in de bevolking. De bijdrage van deze

kortdurende ziekten aan de ongezonde levensverwachting lijkt in elk geval kleiner dan die van de langdurige ziekten.

In 2010 zullen de beide top tien-lijsten voor langdurige en kortdurende ziekten en aandoeningen naar verwachting dezelfde zijn als in 1990. De kans om op een bepaalde leeftijd ziek te worden zal voor de meeste van deze ziekten naar verwachting ongeveer gelijk blijven. Voor enkele ziekten (CARA en suikerziekte) zal de kans toenemen, voor enkele andere verminderen (hartinfarct en beroerte). Van de langdurige ziekten herstelt men in het algemeen niet, waardoor deze cumuleren in de oudere leeftijdsklassen. Daarom is het meest waarschijnlijke totaal-resultaat dat bij verlenging van de levensverwachting het aandeel ongezonde jaren ten gevolge van deze langdurige ziekten in de totale levensverwachting enigszins zal toenemen, ofwel, dat de toegevoegde jaren naar verhouding sterker worden bepaald door ongezondheid.

Naar verwachting zal het totaal aantal personen met ziekten en aandoeningen, speciaal de langdurige ziekten die vooral op oudere leeftijd vóórkomen, in 2010 met 25-40% zijn gestegen. Deze stijging houdt vooral verband met de groei en de veroudering van de bevolking en heeft aanzienlijke consequenties voor de gezondheidszorg.

Voor de meest voorkomende tien langdurige ziekten en aandoeningen tezamen is voor 2010 een aanzienlijke stijging berekend van het aantal patiënten: van 3,4 miljoen naar 4,4 miljoen, vooral als gevolg van de verwachte toename en veroudering van de bevolking. Bij voortzetting van trends uit het verleden zullen de aantallen patiënten met CARA (vooral astma) en met suikerziekte hoger uitvallen dan verwacht op basis van de bevolkingsontwikkeling. Voor hartinfarct en beroerte daarentegen is de stijging minder sterk hetgeen vooral valt toe te schrijven aan de daling van het aantal rokers in het verleden en de behandeling van hoge bloeddruk.

Voor de meest frequent optredende tien kortdurende ziekten en aandoeningen tezamen wordt voor 2010 een toename verwacht van het aantal ziektegevallen van 6,1 miljoen naar 6,6 miljoen. Deze stijging is minder sterk dan voor de langdu-

rige aandoeningen, omdat het hier om ziekten gaat die gemiddeld genomen redelijk gespreid voorkomen over alle leeftijdsklassen, zodat de veroudering van de bevolking van minder betekenis is. Afgaande op recente trends zal het aantal patiënten met influenza en ontstoken amandelen minder sterk stijgen dan verwacht op basis van de bevolkingsgroei.

Deze stijging van de patiëntenaantallen zal over het geheel genomen veel van de gezondheidszorg vragen. Per ziekte beschouwd kunnen de gevolgen voor het zorggebruik echter sterk verschillen: zo blijkt bijvoorbeeld voor suikerziekte dat ondanks een sterke toename van het aantal patiënten de totale verpleegduur in ziekenhuizen (de duurste vorm van zorg) afneemt, in dit geval door verschuiving van de zorg naar de polikliniek of eerste lijn. Ook het omgekeerde kan voorkomen, verband houdend met ziektespecifieke ontwikkelingen in de medische technologie en de zorg. De netto effecten van de stijgende patiëntenaantallen op de kosten van de gezondheidszorg zijn dus niet simpel te voorspellen.

Er is aanzienlijke gezondheidswinst te boeken, met name wat betreft vroegtijdige sterfte, door veranderingen op het gebied van leefgewoonten. Roken levert de grootste aantoonbare bijdrage aan de totale sterfte in Nederland (berekend op ongeveer een kwart). Hier liggen uitdagingen voor preventie.

Onder de bekende en kwantificeerbare determinanten van de top tien-doodsoorzaken levert roken de hoogste geschatte bijdrage aan de sterfte (ongeveer 29.000 overledenen in 1990) gevolgd door hoge bloeddruk (ongeveer 9.000 overledenen in 1990) en sterk overgewicht (obesitas), gestoorde suiker-stofwisseling (glucose-intolerantie) en tekort aan lichamelijke activiteit (elk ongeveer 5.000 overledenen in 1990). Totaal overleden in 1990 ongeveer 129.000 personen.

Op deze gronden lijkt aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door preventief beleid gericht op leefstijlfactoren zoals roken, voedingsgewoonte en lichamelijke activiteit. Voor dit beleid is de waarneming van belang dat de meeste ongunstige determinanten relatief vaker voorkomen bij bevolkingsgroepen met lagere opleidingsniveaus. Het voorspellen van ontwikkelingen in determinanten stuit in veel gevallen op gebrek aan gegev-

ens, met enkele uitzonderingen waaronder het roken. De daling in het rookgedrag die in verschillende Europese landen nog doorzet stagneert in Nederland bij rond 40% voor mannen en bij ruim 30% voor vrouwen; bij jongeren lijkt ze in een stijging om te slaan.

Gezondheidsverlies zal kunnen optreden bij verwaarlozing van de huidige verworvenheden op het gebied van preventie en zorg (bijvoorbeeld drinkwatervoorziening, milieukwaliteit, voedselhygiëne, arbeidsomstandigheden, jeugdgezondheidszorg), en bij verslechtering van de sociaal-economische status (bijvoorbeeld arbeidsparticipatie, inkomen of verschillen daarin, onderwijs).

Vergeleken met de 'ijkpunten' voor 1993 uit de Nota Gezondheidsbeleid van WVC laten de cijfers voor 1990 een gunstiger verloop zien voor de sterfte aan hart- en vaatziekten en de sterfte aan longkanker, maar ongunstiger voor het aantal ongevalsslachtoffers, het percentage rokers en alcoholgebruik.

De in het VTV-document verzamelde gegevens kunnen dienen voor prioriteitsstelling voor het toekomstige gezondheidsbeleid, en voor evaluatie van het lopende beleid. In dit document kon slechts een vergelijking worden gemaakt met de in de Nota Gezondheidsbeleid geformuleerde ijkpunten voor 1993. Om in volgende VTV-edities dergelijke vergelijkingen adequater en over een breder terrein te kunnen maken zouden op ruimere schaal kwantitatieve ijkpunten geformuleerd moeten worden. Daarnaast zou uit onderzoek moeten blijken in hoeverre het 'halen' van gestelde ijkpunten te danken is aan daarop gerichte (overheids)activiteiten. Bijvoorbeeld, om de oorzaken van de ontwikkelingen in de longkankersterfte te kunnen beoordelen zijn behalve informatie over het rookgedrag ook gegevens nodig over ontwikkelingen in therapieën, en over het effect van rookgedrag-beïnvloedende factoren zoals voorlichting, accijnsmaatregelen en reclamewetgeving.

Het gegeven toekomstbeeld kent onzekerheden, voornamelijk veroorzaakt door gebrek aan gegevens en door onvoorspelbare ontwikkelingen op sociaal-cultureel, economisch medisch-technologisch gebied.

Onzekerheden in de schets van de huidige situatie worden veroorzaakt doordat voor veel ziekten en aandoeningen, andere gezondheidsmaten (indicatoren) en determinanten geen goede gegevens op bevolkingsniveau beschikbaar zijn. Tevens is er een groot tekort aan kennis over verbanden tussen ziekten en hun determinanten, en tussen ziekten en hun consequenties in termen van functioneren en kwaliteit van leven.

Onzekerheden over de projecties voor 2010 zijn bovendien een gevolg van een tekort aan gegevens over trends in het recente verleden. Dit geldt voor het merendeel van de ziekten en overige gezondheidsindicatoren, maar ook voor veel determinanten. Sterftecijfers vormen een uitzondering. Daarnaast kunnen moeilijk voorspelbare ontwikkelingen van invloed zijn, zoals het plotseling verschijnen van onbekende (infectie)ziekten, een toename van sociaal-economische verschillen ten gevolge van sociale of economische ontwikkelingen, een versterkte immigratie, of medisch-technologische doorbraken.

In de gesignaleerde tekorten in de informatievoorziening en kennis kan worden voorzien door monitoring, biomedisch en epidemiologisch onderzoek, gezondheidszorgonderzoek, en de ontwikkeling van wiskundige simulatiemodellen.

Ideaal zou zijn als een monitoring-systeem op bevolkingsniveau op continue basis informatie zou verschaffen over het vóórkomen van de belangrijkste indicatoren en determinanten, hun onderlinge verbanden, en hun gevolgen in termen van belasting van het zorgsysteem. In samenhang met deze informatie is onderzoek nodig naar de determinanten vooral van chronische lichamelijke aandoeningen en van chronische en acute psychische problematiek, en naar de consequenties van ziekte voor de kwaliteit van leven. Door meer onderzoek naar de effectiviteit van preventie en zorg zou de hiermee te behalen gezondheidswinst kunnen worden afgewogen tegen de te maken kosten. Ten slotte kunnen simulatiemodellen de mogelijkheden vergroten om de in de toekomst te verwachten effecten van beleidskeuzes te verkennen."

# Consultatie door de RIAGG bij dak- en thuislozen in opvangcentra

---

*M.B.J. Blom*

Organisaties op het gebied van thuislozenzorg en de geestelijke gezondheidszorg weten elkaar steeds beter te vinden. Een voorbeeld daarvan is het twee-weekse bezoek van de RIAGG aan het maatschappelijk centrum van het Leger des Heils. Dat blijkt in een duidelijke behoefte te voorzien. Inmiddels is een aantal eerder niet ontdekte gevallen van schizofrenie gediagnosticeerd en behandeld.

Sedert enige tijd bezoeken een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater tweewekelijks het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils in Den Haag. Vroeger kwam de RIAGG daar alleen als er een crisis was bij één van de bewoners. Een vrij-gevestigde psychiater was wel aan het centrum verbonden. Toen deze psychiater de pensioengerechtigde leeftijd bereikte bleek er behoefte aan meer reguliere zorg.

In overleg met de groepsleiders van het centrum wordt elke twee weken een lijst opgesteld van bewoners die in aanmerking komen voor een gesprek met de hulpverleners van de RIAGG. Deze consultvragen kunnen komen van de groepsleiders, bijvoorbeeld omdat iemand zich vreemd gedraagt, maar ook een bewoner zelf kan om een gesprek vragen. Met een korte inventarisatie wordt onderzocht wat er moet worden gedaan. Het kan zijn dat iemand medicatie voorgeschreven moet krijgen, maar het kan ook zijn dat een bewoner meer gespecialiseerde hulp nodig heeft. In dat geval wordt een afspraak met de betrokkene gemaakt op de RIAGG. Op deze wijze is er een hele keur aan hulpvragen aan de RIAGG voorbijgegaan. In de loop van de tijd werden bijvoorbeeld tal van niet eerder ontdekte gevallen van een schizofrene psychose gediagnosticeerd en behandeld. Doordat de RIAGG langzamerhand een vast element begint te worden voor bewoners en begeleiders is ook de drempel voor een bezoek aan de RIAGG erg laag geworden. In tabel 1 is een overzicht weergegeven van de diagnoses, die

*Over de auteur*

*M.B.J. Blom, psychiater, afdeling Sociale Psychiatrie, RIAGG Westhage Den Haag*

---



**tabel 1**  
*Diagnoses van de bewoners van het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils, die door de RIAGG in consult zijn gezien. Den Haag 1994.*

| Diagnose          | Aantal |
|-------------------|--------|
| Schizofrenie      | 12     |
| Depressie         | 2      |
| Verslavingsziekte | 6      |
| Angststoornis     | 2      |
| Overig            | 3      |
| Totaal            | 25     |

bij bewoners zijn gesteld voor zover ze door ons in consult zijn gezien. Opvallend is dat in bijna de helft van de gevallen de diagnose schizofrenie werd gesteld. De oorzaak van deze oververtegenwoordiging is ons niet duidelijk. Mogelijk heeft dat te maken met storend of opvallend gedrag bij deze groep bewoners, waardoor ze snel onder de aandacht van de groepsleiding komen. Waarschijnlijker is echter dat zich onder de populatie thuislozen veel psychiatrische patiënten bevinden die zich slecht staande kunnen houden.

### *Lessen*

De populatie op het Maatschappelijk Centrum is zeer divers. Wat ons als RIAGG-medewerkers opviel was het grote aantal mensen met ernstige psychiatrische problemen. Uit eerder onderzoek was natuurlijk wel bekend dat een groot percentage thuislozen een psychische ziekte heeft, maar in de praktijk valt dit eens te meer op. Dit gegeven maakt dat de groepsleiders een zware taak hebben. In nauw overleg met de leiding van het Maatschappelijk Centrum zal de RIAGG daarom een aantal cursussen geven over de herkenning en de benadering van psychiatrische patiënten. Op deze wijze hopen we een steentje bij te dragen aan de opvang van mensen voor wie geen andere woonmogelijkheid meer over is.

### *Kessler-Stichting*

Recent is ook op de Kessler-Stichting eenzelfde consultatieproject van start gegaan. De opzet is

vergelijkbaar met de werkwijze bij het Leger des Heils. Ook hier komen een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater samen tweewekelijks op bezoek en zien ze een aantal vooraf geselecteerde patiënten. Het geven van een cursus analoog aan de cursus op het Maatschappelijk Centrum ligt in het verschiet.

### *Psychiatrische zorg voor de dak- en thuislozen*

De RIAGG streeft naar een zodanig aanbod dat alle dak- en thuislozen die een psychiatrische ziekte hebben, door de RIAGG ook worden bereikt. Kregen ze in het verleden wel eens - door de als hoog ervaren drempel - niet die hulp die ze nodig hadden, nu probeert de RIAGG zo laagdrempelig mogelijk te werken. Wat nog ontbreekt is een goed aanbod voor de groep 'zorgwekkende zorgmijders' die niet in een opvangcentrum zitten: de zwervers met psychische problemen.

Deze groep komt bijvoorbeeld wel naar de 'soep-bus' van de Kessler-stichting. Daar blijkt echter dat ze zo achterdochtig of zo in de war zijn, dat ze elke hulp afwijzen. Het kost dan zeer veel tijd om contact met deze mensen te krijgen. In overleg met de medewerkers op de soep-bus probeert men wel mensen te bewegen een gesprekje te hebben met een medewerker van de RIAGG, maar het is een zeer arbeidsintensief en geduld vragend werk. Onze verwachting is wel dat in de loop van de tijd geleidelijk steeds meer hulpbehoevenden de weg naar de RIAGG leren kennen.

Het is opvallend dat de laatste tijd de organisaties op het gebied van de thuislozenzorg en de geestelijke gezondheidszorg elkaar beter weten te vinden. Hoe dat komt is niet geheel duidelijk maar dat het een goede zaak is, daarvan zijn alle partijen overtuigd. Beide groepen realiseren zich dat de zorg voor deze moeilijke bereikbare, maar zeer hulpbehoevende groep een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Men heeft elkaars deskundigheid en inzet nodig, alleen lukt het niet. Op deze wijze krijgen diegenen die het het meest nodig hebben steeds vaker passende hulp.



# Kindermishandeling, werk voor de JGZ

---

*Mw. W.C.P. Steuteknuël, J.C. Carbière, Mw. I. Burger*

Teams van de Jeugdgezondheidszorg zijn onder meer belast met het vroegtijdig signaleren van gevallen van kindermishandeling. Hoe vaak het voorkomt en hoe ernstig de mishandeling is valt moeilijk vast te stellen. Duidelijk is wel dat leerkrachten en schoolartsen veel meer waarnemingen zouden kunnen melden dan ze tot op heden doen. Gezien wordt slechts het topje van de ijsberg.

De afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de Sector GGD/MZ verricht preventieve gezondheidsbevorderende activiteiten voor de Haagse jeugd van vier tot twintig jaar. Het werk is georganiseerd in zogenoemde JGZ-teams, bestaande uit een jeugdarts, een jeugdverpleegkundige en een medisch teamassistente.

Eén van de aandachtspunten van de teams is het vroegtijdig signaleren van gevallen van kindermishandeling. Het aan het licht brengen van het verschijnsel kindermishandeling is vaak heel moeilijk. Behalve dat de kenmerken verre van eenduidig zijn moeten er vaak vele taboes worden doorbroken voordat enig houvast ontstaat. De 'signaleerders' zijn vaak leerkrachten. Maar ook medewerkers van de JGZ-teams zelf komen onder andere bij hun periodiek geneeskundig of verpleegkundig onderzoek -respectievelijk pgo en pvo- van schoolkinderen in aanraking met verschijnselen die kunnen duiden op kindermis-

*Wat wordt precies onder kindermishandeling verstaan?*

*De Raad voor het Jeugdbeleid definieerde het in 1988 als volgt: 'kindermishandeling is elke vorm van een voor het kind bedreigende en gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de opvoeders het kind in de afbankelijkheidsrelatie, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend aan het kind in de vorm van fysiek letsel en/of psychische stoornis'. Het Bureau Vertrouwensartsen heeft in 1989 een definitie geformuleerd, waarin het aspect van 'nalaten' van zorg door ouders ook wordt genoemd, evenals 'het dreigen te ontstaan van geestelijke en/of lichamelijke schade of afwijkingen'.*

*Over de auteurs*

*Mw. W.C.P. Steuteknuël, jeugdarts en J.C. Carbière, medewerker van de afdeling Jeugdgezondheidszorg;  
Mw. I. Burger, onderzoeker, afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ Den Haag*

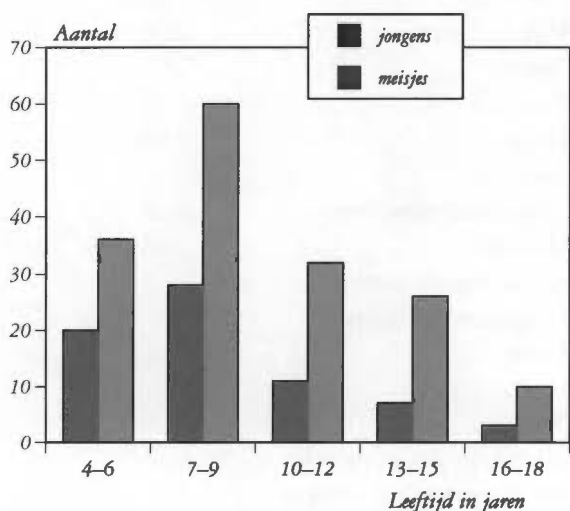
handeling. Het op gang brengen van hulp is een uiterst ingewikkelde aangelegenheid en vraagt om intensieve samenwerking met een breed scala van instanties.

De JGZ-teams worden daarom in dit werk bijgestaan door een werkgroep Kindermishandeling. Hierin zitten medewerkers van de hoofdafdeling JGZ (een jeugdverpleegkundige, enkele jeugdartsen en een psycholoog) en een medewerker van de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding. Deze werkgroep heeft een belangrijke ondersteunende en coördinerende functie (onder andere door protocollering) bij het verifiëren van signalen van (vermoede) gevallen van kindermishandeling en bij het in gang zetten van hulp en mogelijke verwijzing daarbij.

Uit de casuïstiekbespreking binnen de werkgroep kwam naar voren dat een (vermoedelijk) geval van kindermishandeling een team relatief veel tijd kost. Omdat gekwantificeerd inzicht in de aard van de contacten (met welke instanties) en in de tijdsinvestering daarbij ontbrak werd vorig jaar besloten door zoveel mogelijk teams gedurende een afgebakende periode alle contacten (face-to-face en telefonisch) in het kader van kindermishandeling te laten registreren. In de maanden maart tot en met november 1993 heeft de con-

**figuur 1**  
(Vermoede) gevallen van kindermishandeling naar leeftijd en geslacht.

Afdeling JGZ Den Haag, maart-november 1993.



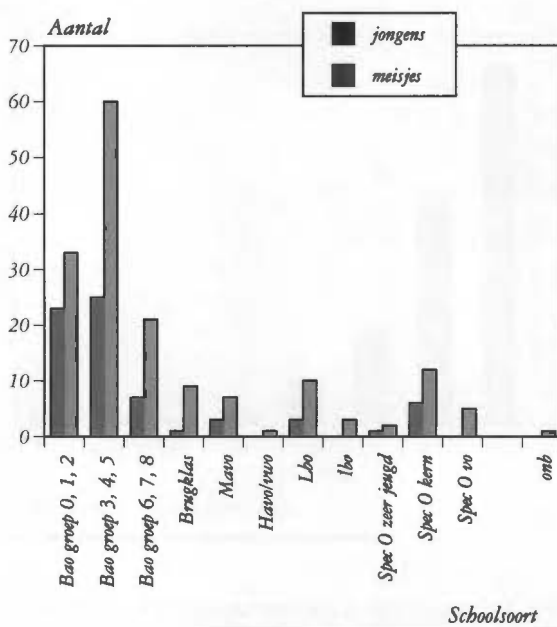
4-6 jr. en 13-15 jr.: Pgo door arts

7-9 jr.: Pvo door verpleegkundige

10-12 jr. en 16-18 jr.: Op indicatie/verzoek (JGZ-team/school en/of ouders)

**figuur 2**  
(Vermoede) gevallen van kindermishandeling naar schoolsoort en geslacht.

Afdeling JGZ Den Haag, maart-november 1993.



tactregistratie plaatsgevonden. Ruim de helft van de JGZ-teams heeft gedurende al deze maanden volledig kunnen registreren.

## Resultaten

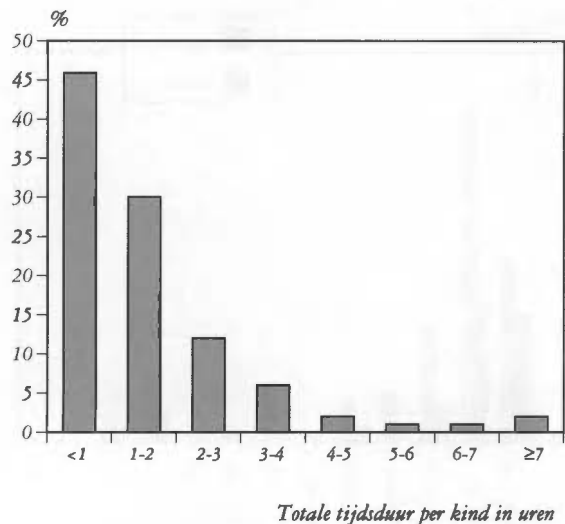
Over 233 kinderen is informatie verzameld. Ten behoeve van hen zijn 1.012 gesprekken gevoerd. De leeftijds- en geslachtsverhouding van de kinderen is weergegeven in figuur 1. In alle leeftijdsgroepen betroffen de signalen van kindermishandeling meer meisjes dan jongens (voor de gehele groep: 2 staat tot 1). De meeste (vermoede) gevallen van kindermishandeling zijn zowel bij de jongens als bij de meisjes geconstateerd bij leerlingen in de leeftijd van zeven tot en met negen jaar. Deze zitten vooral in groep drie, vier en vijf van de basisschool zodat we dus ook daar de meeste meldingen zien (figuur 2).

Bij ruim de helft van de betrokken schoolkinderen (55%) waren aan het begin van de registratieperiode reeds contacten gelegd in verband met kindermishandeling die aan het einde nog voortduurden. Slechts vijftien nieuwe gevallen werden binnen de negen maanden van het onderzoek zowel gemeld als verwezen of afgesloten. Hetgeen betekent dat de bemoeienis van de JGZ-medewer-

figuur 3

(Vermoede) gevallen van kindermishandeling naar totale tijdsinvestering per kind.

Afdeling JGZ Den Haag, maart-november 1993.



kers per geval van kindermishandeling zich in het algemeen over een lange tijd uitstrekt.

Per geregistreerd kind werd een gemiddelde contactduur berekend van anderhalf uur. De verdeling is echter heel scheef, zodat het gemiddelde niet zoveel zegt (figuur 3). Het bleek dat 12% beslag legt op 40% van de tijd die in totaal aan de vroegopsporing van kindermishandeling wordt besteed. Bij twee derde van de schoolkinderen voerde uitsluitend de jeugdarts (en niet de jeugdverpleegkundige) de gesprekken. Aan het einde van de onderzoeksperiode was het bij ongeveer de helft van de schoolkinderen (nog) onzeker of het vermoeden van kindermishandeling kon worden bevestigd.

De meldingen van vermoede gevallen van kindermishandeling komen vooral van de school (35%), de ouders (17%) of het kind zelf (14%). In 13% van de gevallen werden ze door de JGZ-teams zelf als eerste geconstateerd (tabel 1).

Begrijpelijk overlegt een JGZ-team het meest intensief met de school van het kind (tabel 2). Daarnaast vormen collegiaal overleg binnen de JGZ, gesprekken met het bureau vertrouwensartsen inzake kindermishandeling (BVA), contacten met de ouder(s) van het kind evenals netwerkbesprekingen belangrijke onderdelen.

tabel 1

Verdeling van het eerste contact c.q. hernieuwde aanmelding naar aanmelder in geval van (vermoede) kindermishandeling. Afdeling JGZ Den Haag, maart-november 1993.

|            | %   |
|------------|-----|
| School     | 35  |
| Ouders     | 17  |
| Kind zelf  | 14  |
| JGZ        | 13  |
| Netwerk    | 2   |
| Politie    | 2   |
| Riagg      | 1   |
| BVA        | 3   |
| Anderszins | 13  |
| Totaal     | 100 |

tabel 2

Verdeling van de contacten naar instantie waarmee in geval van (vermoede) kindermishandeling een gesprek is gevoerd. Afdeling JGZ Den Haag, maart-november 1993.

|  | %   |
|--|-----|
| School   | 30  |
| JGZ  | 15  |
| BVA  | 14  |
| Ouders   | 13  |
| Kind zelf  | 8   |
| Riagg  | 3   |
| Huisarts   | 3   |
| Consultatiebureau-arts   | 2   |
| Netwerk  | 2   |
| Familie/klasgenoot   | 1   |
| Kinderarts/specialist  | 1   |
| Politie  | 1   |
| Overigen (waaronder gezinsvoogdij, schoolbegeleidingsdienst, algemeen maatschappelijk werk Boddaerthuis enzovoort) | 7   |
| Totaal   | 100 |

## Bespreking

Uit deze resultaten blijkt welk een grote tijdsinvestering voor de JGZ-teams - gedurende vaak lange tijd - noodzakelijk is voor het verkrijgen van meer duidelijkheid omtrent een vermoed geval van kindermishandeling, dan wel om de hulpverlening op gang te helpen. De cijfers geven een indruk van het aantal schoolkinderen, waarvoor inzet wordt gevraagd. Nog afgezien van het feit dat niet alle JGZ-teams hebben kunnen meedraaien in deze contactregistratie mogen uit deze cijfers geen conclusies worden getrokken over het feitelijke voorkomen van gesignaleerde (vermoedelijke) gevallen van kindermishandeling onder de Haagse schooljeugd; de JGZ is namelijk niet de enige instantie die signalen ontvangt. Ook het BVA fungeert als een belangrijk meldpunt voor leerkrachten en leerlingen. Over 1992 registreerde het bureau 939 meldingen van (vermoedelijke) kindermishandeling bij 0-17-jarige Hagenaars (1).

Dat (verdenking op) kindermishandeling in de contactregistratie bij meisjes meer is geconstateerd dan bij jongens is mogelijk het gevolg van het feit dat gevallen van incest in sommige teams extra aandacht hebben gekregen. De meeste gevallen zijn in de registratie vastgelegd bij 7-9-jarigen. Dit is de leeftijdsgroep die, evenals de 4-6-jarigen en de 13-15-jarigen, 'collectief' wordt benaderd in het kader van een periodiek onderzoek (figuur 1). De 7-9-jarigen geven mogelijk zelf meer signalen af dan kleuters, terwijl pubers ook via anderen dan medewerkers van de JGZ en de school signalen afgeven.

De meeste gevallen worden opgemerkt door de leerkracht en besproken met de schoolarts. Een kind kan door JGZ-medewerkers worden gezien bij een 'onderzoek op indicatie', of bij het individueel uitgevoerde onderzoek in het kader van de collectieve benadering van groep twee en vier van de basisschool en klas twee van het voortgezet onderwijs. Daarnaast bestaat nog de mogelijkheid van een open spreekuur, waar vooral oudere kinderen gebruik van maken.

## Ten slotte

Het aantal gevallen van kindermishandeling dat bekend of herkend wordt, is ongetwijfeld het topje van de ijsberg. Er is nauwelijks zicht op hoe vaak kindermishandeling in werkelijkheid voor-

komt en hoe ernstig de gevallen zijn. Leerkrachten en schoolartsen zouden nog veel meer waarnemingen van (vermoedelijke) kindermishandeling kunnen melden dan ze nu doen, zegt Hoefnagels (2). Een groot deel van de leerkrachten blijkt door reacties van de kinderen gemakkelijk op het verkeerde been te worden gezet (2). De Werkgroep Preventie en Voorlichting van het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld Den Haag heeft voor de docenten in het basis-, speciaal en voorgezet onderwijs een zogenaamde signalenroutekaart ontwikkeld die hen kan helpen bij het signaleren en hanteren van vermoedens van seksueel misbruik en kindermishandeling. Het thema geraakt meer en meer uit de taboesfeer, getuige ook de campagne in het jaar 1991/1992 'Over sommige geheimen moet je praten'. Door deze campagne nam het aantal meldingen duidelijk toe (1)(2).

Door het kind een ruggesteun te geven en de leefomgeving structureel alerter te laten zijn kan het aantal onopgemerkte gevallen dalen. Hierin kan de JGZ van de GGD een belangrijke taak vervullen. Kindermishandeling is immers een belangrijk volksgezondheidsprobleem. De emotionele schade die het kind nu ondervindt kan op volwassen leeftijd vaak nog langdurige psychosociale begeleiding noodzakelijk maken. Daarom is het zaak dat de opvang na signalering zo goed mogelijk verloopt. Samenspraak en afstemming met de directe leefomgeving van het kind (leerkrachten en ouders) en hulpverleners is daarbij noodzakelijk. De beschreven tijdsregistratie had vooral een bedrijfsmatig karakter. De aard van de mishandeling en de kenmerken die met kindermishandeling gepaard gaan (sociaal niveau, afkomst, gebroken gezinnen en dergelijke) zijn (vrijwel) niet meegenomen. Voor primaire preventie en vroegsignalering is inzicht in risico- en beschermende factoren bij kindermishandeling van belang om een gerichtere benadering mogelijk te maken. Meer onderzoek naar deze factoren is zeker gewenst (3).

## Literatuur:

1. Jaarverslag van de landelijke stichting bureaus vertrouwensartsen inzake kindermishandeling. Utrecht 1992.
2. Hoefnagels C. Over haten gesproken. Amsterdam: VU uitgeverij 1994.
3. Commissie Seksueel Misbruik van Jeugdigen. Handelen bij vermoeden van seksueel misbruik van kinderen en jeugdigen. Assen: Van Gorcum/Dekker & van de Vegt 1994.

# Kwaliteitscontrole peuterspeelzalen in Den Haag

*Mw. M. Monné-van Wirdum, mw. M.G.C. Boogaarts*

Hoe verhoudt de praktijk in de Haagse peuterspeelzalen zich met het 'Besluit Regels Kindercentra', nu ze in aantal groeien en de kwaliteitseisen strenger zijn geworden? Een onderzoek naar hygiëne, veiligheid en besmettingsgevaar leidt tot een aantal aanbevelingen. Zo zou de brandweer wel eens vaker een kijkje mogen nemen bij deze instellingen.

In het kader van collectieve preventie richten medewerkers van de jeugdgezondheidszorg van de GGD zich ook op een gezond leef- en werkmilieu voor kinderen, bijvoorbeeld op scholen en kindercentra. Medewerkers van de afdeling Toezicht op de kinderopvang (TOKIN), onderdeel van de hoofdafdeling Jeugdzorg van de Dienst Welzijn, controleren de naleving van de 'Verordening op de Kindercentra'. Deze verordening regelt het houderschap en de inrichting van de kindercentra alsmede de toelating van de kinderen tot de kindercentra. Ook verzorgt ze de uitgifte van vergunningen, zonder welke het niet is toegestaan een kindercentrum op te richten of te houden. In het 'Besluit Regels Kindercentra' is de regeling voor de kwaliteit, de veiligheid, de hygiëne en de begeleiding in de kindercentra vastgelegd.

Onder kindercentra vallen zowel de kinderopvang als de naschoolse opvang en de peuterspeelzalen <sup>1)</sup>. Door de groei van het aantal kindercentra (kinderdagverblijven van 43 naar 92; naschoolse opvangcentra van 20 naar 38 en peuterspeelzalen van 133

<sup>1)</sup> Peuterspeelzalen zijn bedoeld voor kinderen van tweeënhalf tot vier jaar en zijn primair een aanvulling op de omstandigbeden thuis. Het peuterspeelzaalwerk dient niet als een voorbereiding op de basisschool. Het is een voorziening waarin een groep kinderen in een veilige omgeving gedurende maximaal drie dagdelen per week en maximaal drie uren per dag, samen onder leiding kan spelen.

#### *Over de auteurs*

*Mw. M. Monné-van Wirdum, jeugdarts en mw. M.G.C. Boogaarts, sociaal-verpleegkundige; respectievelijk als hoofd en als projectmedewerkster werkzaam (geweest) bij de afdeling Bijzondere Jeugdgezondheidszorg van de hoofdafdeling Jeugdzorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

naar 149) en door de strengere eisen betreffende de kwaliteit van de centra vraagt de toezicht op de centra meer aandacht. Onlangs is een onderzoek verricht naar het functioneren van de *peuterspeelzalen* in relatie tot bovengenoemde verordening en besluit, waarvan hier een korte verslaglegging (1).

De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in de periode januari tot oktober 1993. Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek waarbij de informatie over het functioneren van de peuterspeelzalen ter plaatse via een interview met de (hoofd- of inval)leidster aan de hand van een gestructureerde vragenlijst is verzameld. Bij sommige onderwerpen was uitsluitend observatie door de onderzoeker ter plaatse voldoende.

Van 140 peuterspeelzalen is een vragenlijst ingevuld (met de overige liepen al contacten in verband met een vergunningsprocedure). De informatie is niet normatief beoordeeld, omdat geen toetsingskader beschikbaar was. Tijdens de bezoeken hebben ook de reguliere inspectiewerkzaamheden plaatsgevonden (toetsing van brandveiligheid, hygiëne en veiligheid).

De leidsters zijn in algemene zin over het onderzoek schriftelijk geïnformeerd. De bezoeken zelf waren onaangekondigd met als consequentie dat soms alleen invalkrachten en/of stagiaires aanwezig waren die niet alle vragen konden beantwoorden.

Allereerst bespreken we de uitkomsten van de reguliere inspectiewerkzaamheden en daarna de aandachtspunten in het kader van het aanvullend onderzoek.

### **Reguliere inspectiewerkzaamheden**

#### **Brandveiligheid**

Bij het beoordelen van de brandveiligheid is onderscheid gemaakt tussen de primaire en secundaire eisen.

Een primaire eis is de aanwezigheid van vrije vluchtwegen en een goedgekeurd brandblusapparaat of een permanent op de waterkraan aangesloten brandslanghaspel. In 32% van de peuterspeelzalen was geen brandblusapparaat aanwezig en in 30% waren de vluchtwegen versperd. Meer dan de helft van de peuterspeelzalen voldeed niet aan ten minste één van beide primaire brandveiligheidseisen.

De secundaire eisen betreffen gunstige voorwaar-



den voor de brandveiligheid, zoals het beschikken over een brandinstructie, een vluchtplan, het regelmatig houden van oefeningen, het liggen van alarmnummers en telefoonnummers van de ouders naast de telefoon enzovoort. Aan de secundaire brandveiligheidseisen werd in 64% van de peuterspeelzalen onvoldoende voldaan.

Een aanzienlijk aantal van de peuterspeelzalen dat niet voldeed aan de primaire brandveiligheidseisen scoort ook onvoldoende op de secundaire brandveiligheidseisen, namelijk 26%. Gesteld moet worden dat de brandveiligheid in de peuterspeelzalen ernstig te wensen overlaat! Het formuleren van eisen door de brandweer bij vergunningsaanvragen is blijkbaar onvoldoende waarborg voor uitvoering en onderhoud van deze vereisten.

#### **Hygiëne**

De hygiëne van de peuterspeelzalen is onder andere bepaald aan de hand van vragen over schoonmaakfrequentie (van de ruimte, van het speelgoed, van de vaatdoekjes en handdoeken e.d.), over toezicht op regelmatig handen wassen van de peuters (voor het eten en na toiletgebruik) alsmede over de ventilatiegewoonten. In 21% van de peuterspeelzalen werd regelmatig onhygiënisch gehandeld, maar geen van de peuterspeelzalen kreeg hiervoor de kwalificatie 'slecht'.

Uit de literatuur is bekend dat kinderen die kindercentra bezoeken vaker ziek zijn. Op de peuterspeelzaal is hygiënisch werken dan ook een vereiste.

#### **Veiligheid**

49% van de peuterspeelzalen bleek onvoldoende veilig. De kwalificatie 'slecht' kwam hierbij niet voor.



Aandachtspunten hierbij waren de veiligheid van het speelgoed, de afscherming van de stopcontacten en de meterkast, de onbereikbaarheid voor kinderen van schadelijke stoffen, veilige ramen, rechtstreekse telefonische bereikbaarheid van de peuterspeelzaal tijdens opvanguren en dergelijke.

De desbetreffende houders van de peuterspeelzalen zijn direct in kennis gesteld van geconstateerde tekortkomingen op het gebied van brandveiligheid, hygiëne en veiligheid.

### Aanvullend onderzoek

#### Veiligheid

De TL-buizen waren in 65% van de gevallen niet afgeschermd. Indien TL-buizen hoog zijn opgehangen zal dit niet onveilig zijn. Echter bij verlaagde plafonds kunnen zeer onveilige situaties ontstaan als peuters speelgoed omhoog gooien en TL-buizen stuk gaan. TL-buizen bevestigd aan plafonds lager dan drieëenhalve meter dienen te zijn afgeschermd.

In 62% van de speelzalen konden kinderen met hun vingers tussen de deuren bekneld raken. Een relatief eenvoudige en goedkope beveiliging hiervoor is - weliswaar alleen bij binnendeuren - het aanbrengen van een deurbuffer.

In 60% van de peuterspeelzalen konden de peuters bij de handtassen van de leidsters. Een aantal leidsters meende dat peuters 'weten' dat ze niet aan de handtassen mogen komen. Het gevaar voor de peuters is echter niet denkbeeldig dat ze medicijnen, sigaretten, munten of make-upspullen opeten. Leidsters realiseren zich vaak niet dat de inhoud van handtassen een groot gevaar kan zijn voor peuters.



Bij het stellen van de vraag over het direct opruimen van leeggelopen ballonnen bleek dat een aantal leidsters niet op de hoogte was van het gevaar van niet opgeblazen ballonnen voor peuters.

Ondanks dat het in de verordening niet als expliciete eis wordt genoemd achten we het voor de veiligheid van belang dat minimaal één van de aanwezige leidsters in het bezit is van een EHBO-diploma. Eén op de vier leidsters bleek een EHBO-diploma te hebben.

#### Hygiëne/besmetting

In verband met de hygiëne is het noodzakelijk dat afvalcontainers zijn afgedekt. Dit was slechts in 65% van de zalen het geval.

26% van de peuter toiletten kon op slot. Vaak blijkt dat peuters de deur wel eens zelf op slot doen. Dit roept vervolgens vaak angstgevoelens op. Het is daarom belangrijk te zorgen dat het slot geblokkeerd is.

Dat bij sommige infectieziekten, in verband met besmettingsgevaar voor de peuters, moet worden overlegd met de GGD is bij bijna de helft van de leidsters niet bekend.

Plastic handschoenen voor het opruimen van ontlasting, braaksel of bloed en eventueel wondverzorging waren in 21% van de peuterspeelzalen aanwezig. De leidsters reageerden op de vraag naar de aanwezigheid hiervan met 'nooit aan gedacht' of 'goed idee' of 'we gaan ze direct aanschaffen' maar ook met 'onzin, je gebruikt ze niet in een acute situatie' of 'het is akelig om een peuter met een bloedneus te moeten troosten of een aai over de bol te geven met plastic handschoenen aan'.

#### Diversen

In 47% van de gevallen bleek de kwaliteit van het spelmateriaal en speelgoed onvoldoende. Deze uitslag is vooral bepaald door de aanwezigheid van breekbaar plastic speelgoed. De veiligheid van de peuters wordt hiermee echter nauwelijks in gevaar gebracht, daar de leidsters bij constatering van gebroken plastic speelgoed dit direct weggooien.

Een kleine twee derde van de peuterspeelzalen bleek behoefte te hebben aan de controle door TOKIN.

### **Aanbevelingen**

De resultaten van het onderzoek zijn aanleiding geweest tot het geven van aanbevelingen over onder andere:

- het aangeven van kwaliteitseisen voor peuterspeelzalen (in de 'Verordening op de Kindercentra') met een criterialijst voor toetsing;
- het bevorderen van de deskundigheid van de leiding op het gebied van onder andere brandveiligheid, veiligheid en hygiëne;
- stimuleren van frequenter toezicht door de brandweer;
- het afbakenen van verantwoordelijkheid van vergunninghouders en leidsters.

### **Literatuur:**

1. Boogaarts MGC. De Haagse peuterspeelzalen anno 1993. Afdeling TOKIN van de hoofdafdeling Jeugdzorg, Sector GGD van de Dienst Welzijn Den Haag.

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Valpreventie in het verpleeghuis

Het uit bed vallen van patiënten is een schrikbeeld in iedere geriatrie inrichting. Het bewaken van bejaarde patiënten, dag en nacht, zodanig dat iedere poging om uit bed te komen wordt opgemerkt en tijdig kan worden begeleid, is menselijk gesproken niet doenlijk. De praktijk leert dat op de psycho-geriatrie afdelingen van verpleeghuizen een groter risico bestaat dat bejaarden komen te vallen dan elders. Dat risico, zo is thans gemeten, kan voor deze categorie patiënten per jaar per patiënt op 3,3 worden gesteld. Anders gezegd: een psycho-geriatrie patiënt valt per jaar gemiddeld 3,3 keer op de grond. Daarbij geteld het feit dat zo'n patiënt gemiddeld de laatste 2,5 jaar van zijn/haar leven in het verpleeghuis doorbrengt, levert dit een aantal van 8,75 valincidenten per patiënt op. Een schrikbarende gemiddelde.

De verpleeghuisarts H.B.M. Vemeulen, verbonden aan verpleeghuis St. Elisabeth in Beneden Leeuwen, heeft het probleem van de valincidenten gekwantificeerd en geanalyseerd in een studie die door het Praeventiefonds werd gefinancierd. In het proefschrift waarop hij onlangs promoveerde aan de

Katholieke Universiteit Nijmegen komt hij tot bovengenoemde getallen.

Het proefschrift kan in Beneden Leeuwen (tel. 08879 - 96 00) worden verkregen.

### 'Rooming in'

Kinderen in de eerste levensjaren kunnen door een verblijf in het ziekenhuis, ook al duurt dat maar een week, emotioneel in problemen komen en na thuiskomst gedragsstoornissen vertonen. Dit kan worden voorkomen als de ouders zorgen veel in het ziekenhuis op bezoek te komen. Het kan zinvol zijn hen aan te moedigen 's morgens, 's middags en vooral ook 's nachts bij het kind te zijn. Ziekenhuizen met een kinderafdeling bieden de ouders sinds enige tijd gelegenheid bij hun kind op de kamer te slapen ('rooming in'); als dit niet wordt aangeboden kan er naar worden gevraagd.

Dit zijn enkele opmerkingen van de kinderpsycholoog J.J. Fahrenfort te Leiden, die onderzoek heeft gedaan naar de relatie van kind en ouders en de preventieve invloed van 'ouderparticipatie in het ziekenhuis'. Zijn onderzoek, gesubsidieerd door het Praeventiefonds, richtte zich op kinderen jonger dan drie jaar die een operatie wegens een aangeboren afwijking moesten ondergaan en daartoe 5-25 dagen in een ziekenhuis verbleven. Bij onvoldoende ouderparticipatie, zo toonde hij aan,

nam het risico op gedragsproblemen toe, problemen die zich tot in de schooltijd kunnen uitstrekken.

Fahrenfort is inmiddels op deze studie in Leiden gepromoveerd.

### Laatste geheimen van hepatitis C ontsluit

Van de drie vormen van leverontsteking die de mens bedreigen en die worden veroorzaakt door respectievelijk de virussen hepatitis A, hepatitis B en hepatitis C, was hepatitis C tot voor kort de grote onbekende. Het virus zelf is ook nu nog niet in zijn geheel zichtbaar gemaakt, wel is het moleculair-biologisch geheel geïdentificeerd en, voor een deel op grond van verkregen antistoffen, gereconstrueerd. Nu de kenmerken van het virus geheel in kaart zijn gebracht zijn de laatste geheimen ervan ontsluit en is de mogelijkheid aan vaccins te gaan werken binnen bereik gekomen.

Een groot deel van deze recent verworven kennis is vrucht van een hechte samenwerking tussen de Bloedbank Amsterdam, het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst, de GG&GD Amsterdam en het Amerikaanse farmaceutisch bedrijf Chiron. De financiering van het Nederlandse onderzoek, dat al tien jaar bezig is, is voornamelijk van het Praeventiefonds afkomstig.

### Echocardiografie bij hartklepchirurgie

Afgelopen juni promoveerde cardioloog I.M. Hellemans aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift 'Echocardiography in mitral valve surgery'. Dit is een onderzoek naar de diagnostische waarde van echocardiografie bij hartklepchirurgie. Het onderzoek toont aan dat voorafgaand aan een klepoperatie op basis van echo-onderzoek kan worden voorspeld of reparatie dan wel vervanging geboden is.

In dit ESMIR-onderzoek (Echocardiographic Selection for Mitral valve Repair) zijn in 9 hartchirurgische centra 308 patiënten onderzocht. Het onderzoek werd uitgevoerd door het ICIN (Interuniversitair Cardiologisch Instituut Nederland) en gefinancierd door de Nederlandse Hartstichting.

Nadere informatie: Nederlandse Hartstichting, Yvonne van der Doelen, tel. 070 - 351 15 44 of VU Ziekenhuis, J. Timmerman, tel. 020 - 548 63 37.

### Milan-manifestatie en HIV/AIDS-voorlichting

Sinds enkele jaren geeft de HIV/AIDS-coördinatie van de GGD Den Haag tijdens de interculturele Milan-manifestatie voorlichting over HIV/AIDS en daaraan gerelateerde infectieziekten. In 1993 werd besloten aan deze voorlichting, die door voorlichters in de eigen taal wordt gegeven, een onderzoek te koppelen. Doel van het onderzoek was een indruk te krijgen van wat de bezoekers van de manifestatie, vooral jonge mensen, vinden van HIV/AIDS-preventie in het algemeen en van de HIV/AIDS-voorlichting op de manifestatie

in het bijzonder. Gedurende het afgenomen interview was voor de ondervraagde nadrukkelijk ruimte voor discussie en voor het stellen van vragen. Bijna vijfhonderd bezoekers, van wie het merendeel migranten, hebben hun medewerking verleend aan het onderzoek. De hiermee verzamelde gegevens leveren informatie op die bruikbaar is voor beleid en uitvoering op het gebied van HIV/AIDS-preventie en zorg voor migranten.

Voor verdere informatie:

HIV/AIDS-coördinatie, mw. F.E. de Jongh-Wieth, tel. 070 - 361 92 75.

---

## Actueel

---

### Vrijwilligers Terminale Zorg

Het Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg heeft de brochure 'Thuis sterven is doodgewoon' uitgebracht, beschikbaar in vier versies voor verschillende doelgroepen:

- helpenden en verzorgenden in de thuiszorg;
- verzorgenden en verpleegkundigen;
- huisartsen;
- maatschappelijk werkers.

De brochures laten zien dat de mogelijkheden om thuis te kunnen sterven sterk kunnen worden verruimd door de inzet van speciaal daarvoor getrainde vrijwilligers. Mensen kiezen er steeds vaker voor om thuis te sterven. Thuis voor een stervende zorgen betekent echter dat er 24 uur per dag iemand moet zijn die de stervende kan bijstaan. Familie, vrienden of burens (de zogeheten mantelzorgers) verlenen zorg op die tijd-

stippen dat professionele zorg niet aanwezig is. Dat kan echter heel zwaar zijn en soms moeilijk vol te houden. Vrijwilligers in de terminale zorg kunnen dan de gewenste aanvulling geven ter ondersteuning van de mantelzorg.

Er zijn inmiddels ruim honderd vrijwilligersorganisaties terminale zorg, verspreid over het hele land (bij het Landelijk Steunpunt is een adressenlijst verkrijgbaar). Deze vrijwilligersorganisaties doen hun werk graag samen met de professionele werkers en instellingen in de gezondheidszorg: ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen, specialisten, wijkverpleging, (gezins)verzorging, huisartsen en maatschappelijk werkers. In de brochures wordt aangegeven hoe deze samenwerking gestalte kan krijgen op het gebied van de zorg aan de stervende en zijn familie, op het terrein van de organisatie van de hulpinzet door vrijwilligers en beroepskrachten en in het beleid ten aanzien van de terminale zorg op de langere termijn.

De brochures kosten f. 2,50 per stuk en kunnen worden besteld bij het Landelijk Steunpunt, tel. 03405 - 962 66.

### Gynaecologie, verloskunde en HIV

Bij vrouwen uit niet-'traditionele risicogroepen' wordt niet zo snel aan HIV-infectie gedacht. Gynaecologische aandoeningen kunnen in een gevorderd stadium zijn voordat bij een vrouw HIV-infectie wordt vastgesteld. Tevens geldt dat goed gynaecologisch onderzoek uitermate belangrijk is voor vrouwen bij wie HIV-infectie is vastgesteld, gezien de relatie tussen HIV en een aantal

gynaecologische aandoeningen. Bijzondere aandacht verdienen ook HIV-positieve zwangere vrouwen. Kinderen kunnen namelijk besmet worden gedurende de zwangerschap, tijdens de geboorte of in de periode daarna, onder andere via de borstvoeding. Intensieve begeleiding kan daarom wenselijk zijn, met goed overleg tussen behandelend internist, gynaecoloog en kinderarts.

(Uit: Notitie HIV/AIDS en Vrouwen door de gelijknamige werkgroep van het AIDS-Platform Den Haag e.o.)

---

## Voorlichting

---

### Publikaties NcGv

Bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) verschenen onlangs:

'Zorg aan huis', begeleid wonen voor GGZ-cliënten.

De bundel bevat vier bijdragen, die het begeleid wonen voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg vanuit verschillende standpunten in beeld brengen: begeleid wonen en rehabilitatie, de praktijk van begeleid wonen, het cliëntenperspectief en de optiek van de verhuurder. Prijs: f. 26,50.

'Supported Employment', een nieuwe methode voor arbeidsrehabilitatie in Nederland. Prijs: f. 34,50.

'Goed bezig', op weg naar een regionaal aanbod voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie voor (ex-)psychiatrische patiënten. Prijs: f. 17,50.

Inlichtingen en bestellingen: NcGv, tel. 030 - 97 11 00.

### Voorlichten met patiëntenorganisaties

Hulpverleners in de gezondheidszorg besteden gelukkig steeds meer aandacht aan de voorlichting van hun patiënten. Een aanvulling daarop vormt de voorlichting die patiëntenorganisaties geven vanuit hun 'ervaringsdeskundigheid' en 'patiëntenperspectief'. Vertegenwoordigers van deze organisaties kunnen als geen andere lotgenoten informeren over wat het betekent, zowel in medisch als in emotioneel en sociaal opzicht, een bepaalde ziekte of aandoening te hebben.

Het boekje 'Voorlichten met patiëntenorganisaties; de meerwaarde van samenwerking met ervaringsdeskundigen' biedt talrijke tips en handreikingen om die samenwerking aan te gaan. De uitgave kost f. 22,50 en kan worden besteld bij het Landelijk Centrum GVO, tel. 030 - 91 02 44.

### 'Opvoeden: zó!'

De oudercursus 'Opvoeden: zó!' is een vorm van preventieve opvoedingsvoorlichting en vooral ontwikkeld voor ouders in achterstandssituaties. Zowel autochtone als allochtone ouders van kinderen in de leeftijd van ongeveer drie tot twaalf jaar kunnen aan de cursus deelnemen, voorwaarde is echter wel dat ze de Nederlandse taal verstaan.

Uitgangspunt van de cursus is dat gedrag dat kinderen vertonen is aangeleerd en dus ook kan worden afgeleerd. De cursus hanteert zes opvoedingsvaardigheden: aandacht geven, prijzen, nee-zeggen of verbieden, negeren, apart zetten en straffen of iets leuks afnemen.

De cursus heeft de volgende

specifieke doelstellingen:

- ouders bewust maken van het feit dat ze het gedrag van hun kinderen zelf kunnen beïnvloeden en bijsturen;
- ouders die basisvaardigheden aanreiken die ze nodig hebben om het gedrag van hun kind effectief te beïnvloeden;
- bij gezinnen een opvoedingscultuur bewerkstelligen waarin meer positieve aandacht van de ouders voor de kinderen bestaat met minder fysieke straffen en waarin de ouders een bewustere keuze maken uit de mogelijke reacties op ongewenst/onacceptabel gedrag van kinderen.

De oudercursus wordt door werkers uit de nulde- en eerstelijns, na een training, aan ouders aangeboden.

De cursus is inmiddels door zowel trainers als de ouders uit de beoogde doelgroep enthousiast ontvangen.

Daarom wordt er nu gewerkt aan andere taalversies: Turks, Berbers, Marokkaans en eventueel Papiaments.

Wie ouders wil aanmelden voor de cursus of informatie wenst, kan contact opnemen met de jeugdafdeling van de RIAGG of met de afdeling GVO van de GGD, tel 070 - 361 94 51.

---

## Symposia/ Cursussen

---

### Netherlands School of Public Health

In het najaar biedt de Netherlands School of Public Health (NSPH) binnen het kader van de bestaande opleiding Master



of Public Health (MPH) ook voor externe cursisten keuzemodules aan. Dit zijn:

Module Inleiding international health (oriëntatie op mondiale verdeling en determinanten van ziekte en gezondheid; uitvoering en evaluatie van internationale strategieën ter bevordering van gezondheid) o.l.v. J. van der Velden, arts, MPH. De module wordt gegeven op 13, 19 en 20 september 1994.

Module Gezondheidseconomie (inleiding in gezondheids- en bedrijfseconomie: basale elementen, kosten-effectiviteitsanalyse en sociale-verzekeringstelsel) o.l.v. prof.dr. F.F.H. Rutten en prof.dr. W.P.M.M. van der Ven. Deze module wordt gegeven op 16, 22, 23 en 30 september 1994.

Voor inlichtingen: NSPH, tel. 030 - 33 37 55.

#### Basiscursus AIDS-voorlichting

In het najaar van 1994 organiseert de SAD-Schorerstichting een 5-daagse basiscursus AIDS-voorlichting en -training. De cursus is bedoeld voor iedereen die zich bezighoudt met het geven van voorlichting en training over AIDS en de effectiviteit van die voorlichtingen en trainingen wil vergroten. De cursus wordt tweemaal georganiseerd en wel van 5 t/m 9 september en van 28 november t/m 2 december 1994. Voor informatie: Helga van Vondelen van de SAD-Schorerstichting, tel. 020 - 662 42 06.

**Seminar 'Veilig buitenspelen'**  
Kinderveiligheid in de woonomgeving speelt voor de Stichting Consument en Veiligheid (SCV) en de Landelijke

Organisatie voor Speeltuinwerk en Jeugdrecreatie (NUSO) een belangrijke rol. Die rol brengen SCV en NUSO op 15 november 1994 onder de aandacht tijdens een seminar 'Veilig Buitenspelen; kinderveiligheid in de woonomgeving'.

Elk jaar gebeuren er nog te veel ongevallen met kinderen, terwijl ze in hun woonomgeving aan het spelen zijn. Het huis lijkt zo'n veilige thuishaven. Niets is minder waar. In huis, maar ook rondom het huis gebeuren al dan niet ernstige ongelukken. (Bijna) verdrinkingen en ongelukken in speelgelegenheden zijn daarbij de belangrijkste ongevalsituaties. Kinderen moeten uiteraard hun 'speelplek' behouden, zo niet meer speelruimte krijgen. Waar het om gaat is dat deze speelruimte veilig is.

Het seminar stelt de deelnemers in staat om een keuze te maken uit die aspecten van kinderveiligheid in de woonomgeving, waarbij men in het dagelijks werk zelf is betrokken. Er zijn mogelijkheden en plannen volop voor verbeteringen van de kinderveiligheid op lokaal niveau. Daar legt het programma de nadruk op.

Informatie: congressecretariaat, mw. G. Schreuder, tel. 020 - 511 45 26.

---

## Aangifte infectieziekten

---

Op pag. 32 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Rijswijk en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoeter-

meer). 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.

In het tweede kwartaal was vooral de mazelen-epidemie opvallend. Er werden 69 mazelen-patiënten gemeld. Na een korte vakantie in Ierland werd de bron ziek en begin maart werd de diagnose mazelen gesteld. De patiënt zat op een school waar veel leerlingen niet gevaccineerd zijn. Spoedig volgden meer ziektegevallen. Van de 69 werden 68 klinisch en epidemiologisch vastgesteld. Eén patiënt was opgenomen in het ziekenhuis, waar de diagnose serologisch bevestigd werd.

Van de 3 gemelde malaria-patiënten liepen 2 hun besmetting op tijdens een verblijf in respectievelijk Pakistan en India. Zij hadden geen profylaxe gebruikt. De derde patiënt die besmet werd in Indonesië, had wel profylaxe gebruikt.

Onder de 22 scabies-patiënten was een aantal gezinsbesmettingen.

---

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. F.E. de Jongh-Wierb;

Mw. J.C. Leegsma

(GGD, Rijswijk);

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

Mw. J.G.P. Tettero;

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap (GGD, West-Holland)

---



# Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

| bron                              | besmettingsweg                   | ziekte   | 1994<br>1e kw          | 1994<br>2e kw | 1994<br>3e kw | 1994<br>4e kw | 1993 t/m<br>2e kw | 1994 t/m<br>2e kw |    |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------|----|
| mens                              | inhalatie                        | difterie (B)   |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | lepra (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | meningococcosis (B) *                                    | 6                      | 4             |               |               | 10                | 10                |    |
|                                   |                                  | morbilli (B)   |                        | 69            |               |               | 3                 | 69                |    |
|                                   |                                  | (atyp.) pertussis (B) **                                 |                        | 4             |               |               | 3                 | 4                 |    |
|                                   |                                  | rubella (B)  | 1                      |               |               |               | 1                 | 1                 |    |
|                                   |                                  | tuberculosis (B)   | 25                     | 32            |               |               | 55                | 57                |    |
|                                   |                                  | parotitis epidemica (C)                                  | 4                      |               |               |               |                   | 4                 |    |
|                                   |                                  | sexueel contact  | gonorrhoea (C)         | 37            | 30            |               |                   | 69                | 67 |
|                                   |                                  |  | syfilis prim./sec. (C) | 1             | 4             |               |                   | 8                 | 5  |
|                                   | syfilis congenita (C)            |  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   | sexueel contact/bloed            | hepatitis B (B) 1  |                        | 1             |               |               | 1                 | 1                 |    |
|                                   |                                  | HIV-infectie/Aids (1) ***                                | 1                      | 3             |               |               | 12                | 4                 |    |
|                                   | faecaal-oraal                    | poliomyelitis (A) (2)                                    |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | hepatitis A (B) (3)                                      | 10                     | 6             |               |               | 20                | 16                |    |
| dysenteria bacillaris (B) (3)     |                                  | 3  |                        |               |               | 5             | 3                 |                   |    |
| huid/kleding/bed                  | scabies (B) (4)                  | 32   | 24                     |               |               | 54            | 56                |                   |    |
| dier                              | inhalatie<br>(faecaal meterieel) | ornithosis/psittacosis (B)                               |                        |               |               |               | 2                 |                   |    |
|                                   |                                  | Q-fever (B) (5)  |                        |               |               |               | 2                 |                   |    |
|                                   | insectebeet                      | lassakoorts e.a.vormen van<br>Afr. vir. haem. koorts (A) |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | febris recurrens (B)                                     |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | gele koorts (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | malaria (B)  | 4                      | 4             |               |               | 2                 | 8                 |    |
|                                   | beet/speeksel                    | typhus exanthematicus (B)                                |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | rabies (A)   |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   | aanraking                        | pest (A)   |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | anthrax (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
| tularemia (B)                     |                                  |  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | brucellosis (B) (5)                                      |                        |               |               |               |                   |                   |    |
| omgeving                          | inhalatie                        | legionella pneumonie (B)                                 |                        | 1             |               |               |                   | 1                 |    |
|                                   |                                  | cholera (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   | consumptie                       | trichinosis (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   |                                  | voedselvergiftiging (B)                                  | 17                     | 4             |               |               | 3                 | 21                |    |
|                                   |                                  | febris typhoidea (A)                                     | 2                      |               |               |               | 3                 | 2                 |    |
|                                   |                                  | paratyfus B (B)  |                        | 1             |               |               | 1                 | 1                 |    |
|                                   |                                  | botulisme (B) (6)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
|                                   | contact<br>(water/grond/dier)    | leptospirosis (B)  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
| wondcontact<br>(water/grond/beet) | tetanus (B)                      |  |                        |               |               |               |                   |                   |    |
| <b>totaal</b>                     |                                  |  | 142                    | 184           |               |               | 242               | 326               |    |

(A) (B) (C)

\* 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