

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

De organisatie van de gezondheidszorg in achterstandsgebieden

Transmurale zorg in Den Haag

Preventieve medische zorg voor dak- en thuislozen

epidemiologie

Heroïnegebruik 'zonder zorg'

Suicide in Den Haag

korte berichten

jaargang 30, 1995

nummer 3

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

- Hoe organiseren we goede gezondheidszorg in achterstandsgebieden?* 3
Verslag van een discussiebijeenkomst
- A. Pols
- Transmurale zorg in Den Haag* 9
- Mw. M. van Leeuwen
- Preventieve medische zorg voor dak- en thuislozen* 14
Ervaringen van een proefproject
- Mw. M. de Ridder en Mw. J. Renzenbrink

Epidemiologie

- Heroïnegebruikers 'zonder zorg'* 17
Eerste indrukken uit een onderzoek in Den Haag
- Mw. M.A. Eland-Goossensen, Mw. E.C. Vollemans en
V.M. Hendriks
- Suicide in Den Haag* 24
De laatste cijfers
- W.J. Schudel

Korte berichten

30

September 1995
30ste 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

Dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker; Mw. I. Burger; Dr. M.F. Cox;
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, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne

J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen

H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie

B.A. Teng, afdeling Jeugdgezondheidszorg

W.J. Vroege, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

H. Westerhof, hoofdafdeling Jeugd tandzorg

W.A. Zwart Voorspuij, afdeling (milieu)hygiëne

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag

D.C. Kaasjager, ministerie van WVC

Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag

C.T. Benningshof, 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. 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 - 353 71 96

Fax: 070 - 353 72 94

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.

Hoe organiseren we goede gezondheidszorg in achterstandsgebieden?

Verslag van een discussiebijeenkomst

A. Pols

Het verlenen van goede gezondheidszorg in achterstandsgebieden van de grotere steden wordt moeilijker. De huisarts gaat gebukt onder een steeds zwaardere werklast. Hij dreigt te vertrekken naar de meer welgestelde periferie of is al weg. De problematiek is uitputtend onderzocht en de resultaten van al die studies zijn in brede kring bekend. Reden voor de wethouder WGSR en de GGD van Den Haag om met de meest direct betrokkenen over de problematiek te gaan praten. En niet alleen te praten, maar ook tot afspraken te komen. Het gesprek is een vervolg op de artikelen hieraan gewijd in het voorgaande bulletin.

Op 17 juli is het zover. In een zwoel vergadervertrek in het overigens totaal verlaten, nieuwe Haagse stadhuis aan het Spui staan broodjes, koffie, melk en fruit. De deelnemers in hemdsmouwen. De tafel rondgaand zit links A. van Ooijen van de Districts Huisartsenvereniging (DHV). Naast hem J.P.J. van Rens, huisarts in het Gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk. Daarnaast H. Luchtmeijer, directeur van Nuts, de grootste zorgverzekeraar in de Haagse regio. Hij wordt geflankeerd door J.F.M. Aartsen van de Ziekenfondsraad. Rechts zit H.G.J. Nijhuis van de GGD in Den Haag. Naast hem F.P.M. Garnier, die de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) vertegenwoordigt. In het midden J.J. Luijten, verantwoordelijk wethouder in Den Haag voor onder andere gezondheidszorg. Aan zijn linkerhand ten slotte J.S. Moraal van de Haagse Thuiszorg. Aan het hoofd van de tafel voorzitter D.C. Kaasjager, voormalig huisarts in Rotterdam en nu directeur Directie Preventie, Algemene gezondheidszorg en Opleidingen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een verslag.

De voorzitter: "Het onderwerp dat hier op tafel ligt komt mij voor als een 'Aha-Erlebnis'. Ik begon in 1972 als huisarts in Rotterdam. Met vrijstelling van militaire dienst, omdat er geen huisartsen waren. De bevolking van de wijk waar ik zat, bestond eind jaren zeventig al voor 40% uit allochtonen en er kwamen steeds meer drugge-

Over de auteur:

A. Pols is redacteur van NRC-Handelsblad

bruikers, waarvoor toen weinig gereguleerde zorg was. Kortom de problematiek, die voor mij in die jaren zichtbaar werd ligt nu hier op tafel. Ook de kleinere steden kampen overigens met vergelijkbare problemen.”

‘Het gaat er in elk geval vandaag om, dat er in Den Haag iets gaat gebeuren. We kunnen ook zeker wat doen. De minister heeft er inmiddels veel over gezegd, de LHV heeft er in mei een Invitational Conference aan gewijd en de tijd lijkt me rijp voor het maken van afspraken. Ook de Thuiszorg heeft behoefte aan sterkere steun door de huisartsen.’

‘Behalve het feit dat het een slechte zaak is voor wijken om niet te kunnen terugvallen op een goede gezondheidszorg, dreigt ook de stad als geheel een slechte naam te krijgen. Voor de verzekeraar is het ten slotte van belang dat hij kan waarmaken wat de polis de verzekerde belooft. Maar laten we eerst eens een rondje doen hoe u de problemen ziet.’

Een eerste ronde

Van Ooijen (DHV): ‘Het is duidelijk dat de oplossing voor de uitvoerig beschreven problemen moet worden gezocht in groepspraktijken. Punt is alleen dat we moeilijk aan goede huisvesting kunnen komen. Voor geschikte ruimten worden onvoorstelbaar hoge prijzen gevraagd. Dat moet dus betaalbaar worden. Het gaat overigens niet alleen om die wijken waarvan iedereen weet dat het achterstandswijken zijn. Inmiddels kunnen Bouwlust, Morgenstond, Laakkwartier en Spoorwijk daarbij worden opgeteld.’

‘Een ander, heel praktisch probleem voor de huisarts is het parkeren. Het steekt ons dat we door de gemeente over één kam worden geschoren met de loodgieter. Een doktersvisite lijkt me toch iets anders, zeker als het om spoedgevallen gaat. Ten slotte menen we dat de relaties met Thuiszorg en de ziekenhuizen dienen te worden verbeterd.’

Van Rens: ‘Over huisvesting zult u mij niet horen klagen. Ik werk in een gezondheidscentrum en maak deel uit van een groepspraktijk. Anders ligt het met de aard van de problemen binnen de praktijk zelf. Die zijn uiterst gecompliceerd en als huisarts in de Schilderswijk blijkt het steeds schrijnender, dat je er met een receptenblok en een verwijskaart niet meer komt. Duidelijk is dat je onder die omstandigheden met z'n tweeën ver-

der komt dan alleen. We moeten in het hele complex van hulpverlening streven naar netwerken, waarbinnen je goede aanspreekpunten hebt.’

‘Je wordt eigenlijk dagelijks gefrustreerd door hele praktische zaken. Ook politieke beslissingen zijn direct merkbaar op je spreekuur. Als er weer wat wordt geschoven binnen de sociale zekerheid, leggen patiënten meteen hun problemen aan je voor. De werkdruk is daarbij zo groot dat je geen tijd hebt om goede plannen uit te werken.’

“Een geweldig voordeel van het STIOM¹⁾ en het daardoor opgerichte platform van hulpverleners, zoals dat nu functioneert in het stadsdeel Centrum, is dat je mensen uit andere disciplines kent en je het gevoel krijgt dat je er niet helemaal alleen voor staat. Uit dat platform is bijvoorbeeld de functie ‘kadervrouw’ voortgekomen, die heel goed werk doet in de communicatie met allochtonen, in dit geval Turken.”

Luchtmeijer: “We kennen de problematiek van de huisartsen in de achterstandswijken van haver tot gort. We zouden graag wat doen, maar we zitten als verzekeraar met het probleem dat de door de overheid gestelde normpraktijk niet flexibel kan worden geïnterpreteerd. Een ander probleem is dat we iets zouden willen met de transmurale zorg, tussen eerste en tweede lijn. Daarbij geldt steeds dat we niet voortdurend onze wil kunnen volgen, maar gebonden zijn aan de regels die - terecht - worden gesteld aan uitgaven die je doet met collectief bijeen gebrachte middelen. Dat geldt evenzeer voor ‘sabbatical years’ voor huisartsen. Je zou graag huisartsen in de gelegenheid stellen om van tijd tot tijd bij te tanken in de vorm van bijscholing. Daar zou je geld voor vrij moeten kunnen maken.”

“Tot slot zou ik willen zeggen dat we vaker dit soort bijeenkomsten moeten hebben, waarbij dan ook op dit niveau kan worden gekomen tot heldere afspraken.’

Aartsen: ‘De problematiek waar we het hier over hebben is duidelijk, maar natuurlijk niet nieuw. In veel gevallen zie je al dat is gekozen voor multidisciplinaire samenwerking. En met succes. De Ziekenfondsraad heeft echter wel de plicht wat breder naar het probleem te kijken dan bijvoorbeeld een gemeente. We hebben voor het onder-

¹⁾ STIOM: Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag Centrum

havige probleem duidelijk begrip en we hebben er binnen bepaalde kaders ook iets voor over om het op te lossen. Maar aan alle zaken zitten twee kanten. In dit verband wil ik bijvoorbeeld opmerken dat huisartsen niet zoveel naar zich toe moeten harken. Dat zal de individuele huisarts niet aanspreken, maar met name de LHV doet natuurlijk zijn best nogal wat naar zich toe te halen, waar de huisarts niet op zit te wachten.'

'Wat betreft die honoreringstructuur, waar Luchtmeijer over sprak, hecht ik eraan op te merken dat een verandering daarin natuurlijk het overwegen waard is. Maar daarbij moeten we natuurlijk wel oppassen dat sommigen, voor wie zo'n wijziging niet is bedoeld, er buitenproportioneel mee opschieten.'

Moraal: "Ons grootste probleem met de huisartsen is hun geringe organisatiegraad op lokaal niveau. Als we tot afspraken willen komen hebben we te maken met tweehonderd vrije ondernemers, die allemaal apart en op een tijdstip dat het hun uitkomt moeten worden benaderd. Slechts een handvol vormt een groepspraktijk. De overigen zijn allemaal 'éénpitters'. Dat communiceert lastig. Je kunt niet met tweehonderd afzonderlijke ondernemers werken en hen allemaal op maat bedienen. Het is jammer dat de Plaatselijke Huisartsenvereniging onvoldoende in staat is de aanhang te binden. In mijn organisatie kan ik op een zeker moment een dienstbevel geven en dan gaat het ook redelijk. Ik zou er dan ook een groot voorstander van zijn als de huisartsen een hogere mate van samenwerking hadden, liefst in een groepspraktijk en nog liever multidisciplinair. We zijn als Thuiszorg in verschillende stadsdelen georganiseerd, maar dat correspondeert vaak niet met de plaats waar de huisarts zit. Thuiszorg zou in staat moeten zijn werk van de huisarts over te nemen op basis van een goede protocollering van werkzaamheden. Ik denk dan aan terreinen als incontinentie, diabetes, CARA en psychiatrie. Ook in de 'ouder- en kindzorg' zouden we heel wat over kunnen nemen."

Luijten: "Ik refereer graag aan een gesprek dat ik recent heb gehad met een aantal huisartsen. Waar ging het om? Om huisvesting en parkeren. Nu begrijp ik wel dat een wethouder in de eerste plaats wordt gezien als 'flappentapper', maar als mij wordt gevraagd geld ter beschikking te stellen, doe ik dat graag aan de hand van een visie. Als het alleen maar om geld gaat, zoals in dat

gesprek, komen we niet snel op één lijn. Als u het mij vraagt hebben we in de achterstandsgebieden in Den Haag nog teveel solistisch denkende en werkende huisartsen. En onder die omstandigheid vraag ik me nogal eens af met wie ik nou eigenlijk zaken moet doen. Oplossingen zoals het STIOM en andere vernieuwingen, waarnaar we ook vanavond streven zouden we natuurlijk kunnen transponeren naar andere wijken."

'In het algemeen moet ik zeggen dat we hier te maken hebben met collectieve middelen en als je op dat vlak iets wilt, is het meestal een kwestie van rukken en trekken. Het probleem is natuurlijk collectief versus individueel. Daarbij komt dat de regeldichtheid nogal fors is.'

'Maar goed, in plaats van daar met z'n allen heel tobberig over te gaan zitten doen, zouden we moeten kijken of er iets meer zou kunnen. Ik kijk dan ook naar het ministerie. Het is natuurlijk evident, dat je in een grote stad met enorm veel grotere problemen zit dan op het platteland. Niettemin gelden voor de grote stad dezelfde regels als voor de rest van het land. Ik begrijp heel goed dat het moeilijk ligt, maar daar zou het departement eens goed naar moeten kijken. Intussen denk ik dat we hier de mogelijkheden moeten grijpen, die er niettemin zijn. Als gemeente hebben we daar ook een duidelijke taak en verantwoordelijkheid in.'

Garnier: 'Als huisartsen moeten we ons verheugen in het feit dat 90% is georganiseerd binnen de LHV. Daar moeten we dus ook iets mee kunnen. Als we het dan over de onderhavige problematiek hebben kunnen we vaststellen dat die inmiddels weliswaar oud is, maar tegelijkertijd steeds groter wordt. In elke wat grotere stad heb je wijken met dit soort problemen. De huisarts werkt nu als een voorziening. Thuiszorg kritiseert ons daarop, maar als antwoord wil ik toch wel gezegd hebben dat diezelfde Thuiszorg steeds meer overhead heeft en steeds minder handen aan het bed. Daar schiet de huisarts dus ook niet erg veel mee op. Als huisarts moeten we dus nog meer als een voorziening gaan functioneren. Daarbij kunnen we zeker wel wat infrastructuur gebruiken, maar we moeten niet de kant op van de Thuiszorg.'

"Wat dat harken betreft, waar de Ziekenfondsraad over sprak wil ik nog het volgende zeggen. De afgelopen dertig jaar is er veel van het pakket afgegaan, maar er is ook veel bijgekomen, zonder dat de huisarts daar overigens om heeft gevraagd. Ik noem de aidszorg en het toenemend aantal

drugpatiënten. Eerlijk gezegd heb ik geen behoefte meer aan bevellingen, preventie daarentegen is iets waar we inderdaad een belangrijke rol in zouden kunnen spelen. Daarbij dient wel te worden beseft dat je niet kunt volstaan met de huisarts alleen maar steeds harder te laten werken. In dat kader wijs ik er op, dat het ons echt niet voornamelijk gaat om de bijbehorende honorering, maar vooral om het aanreiken van 'tools'. Je kunt ook het werkgebied inperken en daarbinnen meer ruimte creëren voor dingen die meer aandacht vragen."

"Nog één punt: er zal hoe dan ook geld bij moeten. De collega's in die 'rijke periferie' mogen dan goed zitten, ik kan u zeggen dat ook daar de nood hoog is. Iedereen komt op het ogenblik tekort. Maar als er geld bij komt, dan zal dat in de eerste plaats bij de dokters in de achterstandsgebieden moeten komen."

Nijhuis: 'We zijn vanuit onze verantwoordelijkheid voor preventie al jaren met de problematiek bezig. We hebben als GGD de taak om inzicht te bieden in de gezondheidssituatie in de stad. Maar in het Centrum zijn we er als gemeente in geslaagd het STIOM en het eerdergenoemde platform op te zetten, waarin alle disciplines vertegenwoordigd zijn. Daar komt, zoals ook aan deze tafel bij herhaling is gezegd, duidelijk resultaat van. Jammer is alleen dat de interesse vooral beperkt blijft tot die artsen, die al in groepsverband werken, terwijl je juist de solisten erbij zou willen betrekken. Het is bijna beschamend om vast te moeten stellen dat het onmogelijk blijkt om dergelijke succesvolle initiatieven voor langere tijd gefinancierd te krijgen. De verzekeraars zijn afhoudend en uiteindelijk hebben we ons nu tot een particulier fonds moeten wenden om voor de komende drie jaar financiering te regelen. Dat is toch tamelijk gênant.'

Discussie

De voorzitter: 'Laten we iets concreter worden, de punten eens nalopen en er vrij op reageren om te kijken welke reddingsboeien we de huisartsen kunnen toewerpen. De huisarts zou, begrijp ik, een bordje moeten hebben zodat hij overal kan parkeren.'

Luijten: 'Dat bordje is er allang, maar voor de huisarts schijnt het een probleem te zijn dat het zeshonderd gulden kost.'

De voorzitter: 'Goed, die bordjes zijn er. Om de zaak verder samen te vatten: de huisartsen zouden moeten ophouden met hun individuele praktijken. En ze zouden meer moeten loslaten, meer moeten substitueren. En in Den Haag zouden de praktijken moeten worden gereshuffled tot meer groepspraktijken.'

Van Ooijen: 'Het is onzin om te stellen dat de huisartsen hier allemaal als éénpitter werken.'

Ze treden in elk geval meer en meer in groepsverband op. Het werken in het organisatorische verband van HAGRO's (huisartsengroepen, red) is voldoende werkzaam in de rand van de stad. In de binnenstad gaat dat niet ver genoeg. Daar zou meer in groepspraktijken moeten worden gewerkt. Maar dan krijg je weer het probleem: hoe kom je aan een geschikte lokatie. Die groepspraktijken propageren we ook wel vanuit de DHV.'

De voorzitter: 'Dat lijkt me zo langzamerhand ook niet meer anders te kunnen. We hoeven alleen maar het aspect van de veiligheid voor de huisarts zelf te noemen.'

Aartsen: 'Wat hier nu wordt gezegd lijkt me eerlijk gezegd niet echt vernieuwend. Wat iedereen hier beweert is dat de zaak multidisciplinair moet worden aangepakt. Als dat zo is, gaat het verhaal van Van Ooijen lang niet ver genoeg. Wat ik beluister in zijn voorzichtige uitdrukkingen kun je moeilijk een duidelijke stellingname over verregaande multidisciplinaire samenwerking noemen.'

Garnier: 'Multidisciplinaire samenwerking dat willen we allemaal. Dat moet er gewoon komen.'

Luijten: 'Maar hoe gaan we de huisartsenzorg dan organiseren in de binnenstad. Als we dat eenmaal op een rij hebben, dan halen we de wethouder van volkshuisvesting er bij. En dan komen we er wel uit met die huisvesting.'

De voorzitter: 'Van Ooijen, ik geloof dat u hier een prachtige kans krijgt een deal te maken met de wethouder. Ik zou heel snel proberen m'n collega's zover te krijgen om met z'n allen onder één dak te gaan zitten.'

Van Ooijen: 'Ik wil me daar sterk voor maken.'

Van Rens: 'Het is de enige mogelijkheid om toe te werken naar een 24-uurs bereikbaarheid, protocolering, veiligheid en ga zo maar door.'

De voorzitter: 'Dat staat. En wat zou je kunnen loslaten aan bezigheden? Uitstrijkjes, diabetescontroles? Daar heb je hulptroepen voor nodig.'

Luchtmeijer: 'Het gaat er natuurlijk ook om wat

een arts leuk vindt om te doen. Je kunt hier wel van alles bedenken, maar daar hangt toch veel mee samen. In Zoetermeer zie je dat er vanuit het ziekenhuis werk verdwijnt naar de huisarts, maar daar wordt dan ook financiering meegesluisd. Ik heb sterk het idee dat het ministerie niet van plan is de regelgeving op dat punt te veranderen.'

De voorzitter: 'Jazeker wel, dat gaat gebeuren.'

Aartsen: 'We kunnen het hier wel over de plannen van de regering hebben, maar daar schieten we niet zo veel mee op. Het gaat om de huisartsen in de achterstandswijken, hier en nu in de stad Den Haag. Met een goed beroep op de beschikbare subsidie-potten, kun je al heel ver komen. Daar is niet direct wijziging van de regelgeving voor nodig. Maar ik hoor de huisartsen eerlijk gezegd nog niet erg hard roepen dat ze daadwerkelijk met z'n allen onder één dak willen gaan zitten.'

De voorzitter: 'Laten we ook eens naar de honoreringsproblematiek kijken.'

Luchtmeijer: 'Ik zie daar zo geen mogelijkheden tot oplossingen toe, vanuit de verzekering geredeneerd. We kunnen deelnemen in een aantal projecten en dat doen we ook. Maar we dienen wel binnen de grenzen van het toelaatbare te blijven.'

Luijten: 'Nou, als ik zie wat verzekeraar Ziektekostenverzekering Amsterdam en omstreken (ZAO) doet, heb ik de indruk dat de verzekeraars in Den Haag wel iets actiever zouden kunnen zijn.'

Luchtmeijer: 'Ik denk dat ze daar gewoon slimmer zijn.'

Luijten: 'Kunnen ziektekostenverzekeraars geld vrijmaken voor infrastructuur?'

Luchtmeijer: 'Dat zou ik zo niet kunnen zeggen. Ik wil wel eens weten wat ZAO voor mogelijkheden ziet.'

Van Rens: 'Ik hoor hier toch een beetje van op. Mijn collega's in de Bijlmer zitten nota bene stik jaloers te kijken naar wat hier in de Schilderswijk gebeurt met het STIOM en ons hulpverlenersplatform.'

Luchtmeijer: 'Het gaat hier nu niet om nieuw beleid. Het gaat er om welke regels gelden ten aanzien van de financiering. Als zorgverzekeraars zouden zijn gebudgetteerd zou er mogelijk meer ruimte kunnen zijn voor dergelijke financiering. Je hoort vaak leuke, maar wilde verhalen. Als je daar dan eens op doorvraagt blijft er meestal niet veel van over.'

Luijten: 'Maar als commerciële verzekeraar heb je toch een cashflow.'

Luchtmeijer: 'Ja, die hebben we, maar het zal hier niemand zijn ontgaan dat je daar donders mee moet oppassen.'

Moraal: 'Ik heb de indruk dat Nuts wel mee wil, maar dat de Ziekenfondsraad dan zijn vinger opsteekt.'

Aartsen: 'Als ik dat zo es hoor, is het inderdaad maar goed dat er een beetje toezicht is. We hechten minder waarde aan de infrastructuur en meer aan de handen aan het bed. Maar sinds de periode van Simons is er op regionaal en lokaal niveau wel degelijk meer mogelijk.'

De voorzitter: 'Dus de Ziekenfondsraad zou wel iets willen toestaan?'

Aartsen: 'De regels zijn zo geformuleerd dat je er veel mee kunt. Maar ik wijs er nog eens op dat er ook subsidies zijn, zoals voor gezondheidscentra. Daar kun je om te beginnen van alles mee. Er is wel geld te vinden en veel tot stand te brengen, als je maar met alle partijen gezamenlijk eraan werkt.'

Garnier: 'Ik vind dat de huisarts hier vanavond toch wel een beetje hard wordt aangepakt. De Thuiszorg zou wat mij betreft ook wel iets meer kunnen toezeggen en zich meer moeten richten op het werk van de huisarts.'

Moraal: 'Die samenwerkingsbereidheid is er. Natuurlijk willen we van harte meewerken aan de totstandkoming van die infrastructuur.'

De voorzitter: 'Dus de contacten met de huisartsen worden geïnventariseerd op een open creatieve wijze.'

Garnier: 'Kan de wethouder nog iets over het parkeren zeggen?'

Luijten: 'Dat wil ik best, maar het belangrijkste is natuurlijk toch die huisvesting en de achterliggende gedachte van groepspraktijken. Daar wil ik me voor inzetten. Maar dan wil ik een duidelijke visie over de huisartsenzorg in onze stad. Een micro-visie op het functioneren van een groepspraktijk en een macro-visie: hoe zien de huisartsen hun functioneren op regionaal en wijkniveau. Daar wil ik het dan over hebben met de verzekeraar en de Thuiszorg erbij.'

Van Ooijen: 'Een visie op micro-niveau vind ik best. Maar laat het macro-niveau dan een volgende stap zijn. Laten we nou niet proberen alles tegelijk aan te pakken.'

Luijten: 'Nee, ik wil een koppeling met het tot stand brengen van netwerken in de extramurale gezondheidszorg. Daar is die macro-visie voor

Gezondheidszorg in achterstandsgebieden

nodig. Daarbij hoort ook een commitment van de verzekeraar. En daarbij horen ook nieuwe samenwerkingsvormen met onder andere Thuiszorg en de ziekenhuizen. Als we het over deze uitgangspunten eens zijn kunnen we aan tafel. En wat die parkeerregeling betreft: nogmaals, die is er. Voor zeshonderd gulden kunt u overal staan.'

De voorzitter: 'En wat doet Luchtmeijer?'

Luchtmeijer: 'Ik wacht af welke vragen op mij afkomen en dan kijk ik wat ik qua financiering kan doen.'

Luijten: 'Maar valt er iets te doen op het gebied van het versterken van de infrastructuur?'

Luchtmeijer: 'Wat ik al heb gezegd. Dat is lastig met collectieve middelen op basis van premies. Den Haag kan de gemeentelijke belastingen verhogen. Dat kan ik niet met de premies, want dan rent iedereen naar de concurrent.'

Garnier: 'Ik wil graag wat concreter worden nu we toch aan de hamvragen toekomen. Er is uitgebreid onderzoek verricht naar de meerkosten van een normpraktijk in achterstandsgebieden. Hierover kan ik kort zijn: je moet uitgaan van meerkosten van f 75.000,— per praktijk per jaar. Dat is onze richtlijn en daar kun je echt wat mee. In Den Haag gaat het wellicht om zo'n vijftig huisartsen. Reken maar uit wat de reddingsboei van Kaasjager voor Den Haag kost.'

De voorzitter: 'Dat lijkt mij een zeer concrete mededeling waarop graag uw reactie.'

Luchtmeijer: 'Ik ben bereid om naar deze extra middelen te zoeken, mits ik voldoende onderbouwde, concrete voorstellen krijg'.

Aartsen: 'Ik ben ervan overtuigd, dat hiervoor financieringsmogelijkheden kunnen worden gevonden. Weliswaar geldt ook voor mij dat aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden moet zijn voldaan in de voorstellen. Het is ook hier vanavond bij herhaling gesteld: er moet worden gewerkt in groepspraktijken, en er moet sprake zijn van goed georganiseerde multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, en er moet zijn nagedacht over substitutie en delegatie van functies in samenwerking met andere intra- en extramurale zorginstellingen. Dan zie ik het geld er komen.'

De voorzitter: "Ik denk dat het zaak zou zijn om criteria te formuleren om te bepalen welke praktijken moeten worden aangemerkt als 'achterstandspraktijken'. Mijn voorstel zou zijn om de DHV en de GGD te verzoeken deze kwestie verder uit te werken."

Van Ooijen: 'Ik ben het daarmee eens. De ter tafel gebrachte voorwaarden zullen door de DHV overgenomen moeten worden. Vervolgens ben ik bereid om met de GGD uit te zoeken welke praktijken in aanmerking komen voor eventuele nieuwe faciliteiten.'

Nijhuis: 'Ik ben ook akkoord met de voorstellen. De GGD zal samen met de DHV voorstellen uitwerken om tot concrete verbeteringen van de huisartsenzorg te komen. Stap één daarbij is te kijken welke huisartsen in ieder geval tot de doelgroep horen.'

Luijten: 'Het komt er dus op neer dat we snel tot een concreet plan moeten komen waarin staat wat er moet gebeuren. Dan kunnen we met elkaar de zaken gewoon afvinken en zaken doen. Wat mij betreft continueert de gemeente hierbij zijn rol, evenals vanavond, als regisseur in het geheel.'

Nijhuis: 'Dat ben ik met Luijten eens. Het lijkt me adequaat dat de GGD daar als gemeentelijke dienst een coördinerende rol op zich neemt en samen met de DHV deze klus gaat klaren.'

Garnier: 'Het lijkt me logisch dat de LHV daarbij voor steun zorgt. Dit is per slot de eerste concrete uitwerking op basis van de conferentie, die we aan deze problematiek hebben gewijd. En wat betreft het identificeren van huisartsen waar het omgaat: daar bestaat een systeem voor, maar het moet worden verfijnd. Dat lijkt me niet op echte problemen te stuiten. Het kan zijn dat er randgevallen bestaan, maar de huisartsen over wie geen discussie bestaat moeten meteen worden geholpen.'

Besloten wordt dat de GGD en de DHV een concreet gekwantificeerd plan maken met een visie in grote lijnen, dat als het ware afgevinkt kan worden op haalbaarheid. Daarna kunnen voor de verdere uitwerking anderen, zoals de Thuiszorg en de Haagse gezondheidscentra worden betrokken.

De vergadering duurt korter dan gepland. Briefcases worden dichtgeklikt. Bij het heengaan is er een opgewekte en constructieve stemming. Het lijkt alsof er licht valt op schijnbaar onoplosbare problematiek waarmee verschillende deelnemers aan het gesprek in frusterende zin mee zijn geconfronteerd. Door het krijtwitte atrium van het nieuwe stadhuis verdwijnen de deelnemers druppelsgewijs. Sommigen met huiswerk, anderen in de wacht. Afgesproken is in oktober opnieuw bijeen te komen, onder voorwaarde dat er dan een concreet plan op tafel ligt.

Transmurale zorg in Den Haag

Mw. M. van Leeuwen

Het begrip transmurale zorg is in korte tijd populair geworden. Ja, het lijkt haast een toverwoord om beleidsdoelstellingen als zorg op maat, kostenbeheersing en kwaliteit van zorg te realiseren. Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van de transmurale zorg in Den Haag? Welke doelen worden nagestreefd en wat is de positie van de actoren in dit spel? En hoe verhouden de Haagse initiatieven zich tot de landelijke ontwikkelingen?

Het vervagen van grenzen

Steeds meer wordt in de gezondheidszorg de vraag van de patiënt als uitgangspunt genomen voor de organisatie van de zorgverlening. Terecht. Alleen houdt de vraag van de patiënt lang niet altijd op bij de grenzen van het zorgaanbod van een instelling of van de mogelijkheden van een bepaalde beroepsoefenaar in de eerste of tweede lijn. Vooral wanneer er sprake is van complexe zorgsituaties, waarin zowel behandel- als zorgaspecten aan de orde zijn, is een geïntegreerde aanpak van belang. Een aanpak die liefst niet dwars door het bestaande zorgaanbod dient te lopen, maar juist in onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders gestalte moet krijgen.

Onlangs is in de adviesnota 'Transmurale somatische zorg' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen het begrip transmurale zorg als volgt omschreven (1): 'Transmurale zorg omvat vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, worden verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheid'. Volgens deze definitie worden projecten op het gebied van wonen en zorg niet aangemerkt als transmurale projecten. Het gaat hierbij immers niet om afstemming tussen generalistische en specialistische zorgverleners.

Over de auteur:

Mw. M. van Leeuwen, sociaal geneeskundige algemene gezondheidszorg, Stichting Thuiszorg Den Haag

Transmurale zorg is geen nieuwe vorm van zorg of een nieuw zorgveld. Het gaat veel meer om het optimaal en in samenhang benutten van de bestaande mogelijkheden van behandeling, verpleging en verzorging. Met de behoefte en de mogelijkheden van de patiënt en zijn directe omgeving als uitgangspunt, worden die onderdelen uit het totale scala aan voorzieningen geselecteerd die aan de zorgvraag van de patiënt het best tegemoet komen.

Door een juiste afweging van de verschillende mogelijkheden te maken en de benodigde zorg in samenhang aan te bieden kan transmurale zorg tevens een bijdrage leveren tot de beheersing van de kosten. Transmurale zorg als benaderingswijze van de zorgverlening is bij uitstek iets wat op plaatselijk niveau tot stand moet komen. Het komt alleen tot stand indien zorgverleners uit verschillende echelons en disciplines vanuit hun specifieke deskundigheid gezamenlijk de zorgvraag van de patiënt benaderen.

Wat gebeurt er in Den Haag

Liaisonverpleegkundige

Reeds voor het begrip transmurale zorg in de mode kwam hebben enkele ziekenhuizen in Den Haag en Stichting Thuiszorg Den Haag gemeenschappelijk de verantwoordelijkheid op zich genomen voor het ontslag uit het ziekenhuis van patiënten met een complexe zorgvraag. Wanneer het gaat om een enkelvoudige hulpvraag, zoals ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden bij thuiskomst uit het ziekenhuis, is het ziekenhuis - indien het over goede informatie over de thuiszorg beschikt - uitstekend in staat om dat te regelen. Indien er echter veel meer aan de hand is, er bepaalde hulpmiddelen nodig zijn, er bijzondere verzekeringsvoorwaarden aan de orde zijn of de patiënt met zijn familie een afweging wil maken tussen naar huis gaan of opname in een verpleeghuis, is er reeds binnen de ziekenhuissetting kennis nodig vanuit de thuiszorg. In de persoon van een liaisonverpleegkundige, die door Stichting Thuiszorg Den Haag in het ziekenhuis is gedetacheerd, is dit inmiddels in het Rode Kruis Ziekenhuis, het Westeinde Ziekenhuis en het Leyenburg Ziekenhuis gerealiseerd.

Onlangs is een evaluatie-onderzoek gedaan, waarin zowel bij patiënten en mantelzorgers als bij intramurale en extramurale hulpverleners navraag is gedaan

naar het effect van de inzet van de liaisonverpleegkundige (2). Alle betrokken hulpverleners wijzen op de meerwaarde van de liaisonverpleegkundige. Vooral patiënten wijzen op de ondersteuning die ze hebben gekregen in het maken van keuzen bij het ontslag uit het ziekenhuis en de meerwaarde van de coördinatie van de zorgverlening.

Bij ontslag uit het ziekenhuis gaat het vooral om een goede aansluiting tussen intramurale, vooral specialistische voorzieningen en extramurale, vooral generalistische voorzieningen. Het is in het belang van de patiënt dat continuïteit van zorg wordt gerealiseerd. Maar de inzet van de liaisonverpleegkundige beperkt zich hier niet toe. In een aantal situaties gaat het ook om patiënten waar gelijktijdig zorg vanuit zowel generalistische als specialistische hoek wordt geboden. Een voorbeeld daarvan is de groep patiënten die met een infuus naar huis gaat.

Infuusbehandeling thuis

In oktober 1995 start het project infuusbehandeling thuis, een samenwerkingsproject van het Westeinde Ziekenhuis, de Regionale Huisartsen Vereniging en Stichting Thuiszorg Den Haag, met instemming van de verzekeraar. Patiënten in het Westeinde Ziekenhuis, die daar uitsluitend blijven wegens een infuusbehandeling, wordt binnen het project de mogelijkheid geboden tijdens de behandeling thuis te blijven. Er is een stappenplan ontwikkeld, waarin het totale ontslagproces wordt beschreven en wordt aangegeven wat er door wie in welke fase moet worden gedaan (3). Tevens zijn er protocollen voor het omgaan met het infuus thuis. Uit een eerder gehouden inventarisatie in het Westeinde Ziekenhuis is gebleken dat het vooral gaat om patiënten met intraveneuze antimicrobiële therapie en patiënten met parenterale voeding. Indien de in het project voorgestelde werkwijze effectief blijkt te zijn, zal deze mogelijkheid van thuisbehandeling ook elders worden aangeboden.

Zorg aan heupoperatie- en CVA-patiënten

Vanuit de intensieve thuiszorg, een financieringsregeling die het mogelijk maakt ziekenfondspatiënten met een indicatie voor opname in het ziekenhuis of in het verpleeghuis thuis extra zorg te bieden, is de zorg voor twee specifieke doelgroepen nader uitgewerkt.

Voor de heupoperatie-patiënten is in samenwerking met het Westeinde Ziekenhuis, Ziekenhuis Antoniushove, de huisartsen en Stichting Thuiszorg Den Haag een multidisciplinair protocol

opgesteld om op verantwoorde wijze patiënten tien dagen na de operatie uit het ziekenhuis te ontslaan (4). In deze standaard is onder andere opgenomen dat de behandelende orthopedisch chirurg reeds voor de operatie thuiszorg inschakelt. Er wordt dan een huisbezoek gebracht, het traject wordt met de patiënt doorgenomen en de zorg voor na de operatie wordt gepland. Ook de huisarts wordt van een en ander in een vroeg stadium op de hoogte gesteld, zodat hij goed op de situatie kan inspelen. Dit protocol is eerst in de twee betrokken ziekenhuizen getest en inmiddels aan alle Haagse ziekenhuizen aangeboden.

De zorg voor CVA-patiënten is samen met het Rode Kruis Ziekenhuis, verpleeghuis Bosch en Duin, huisartsen en Stichting Thuiszorg Den Haag in een multidisciplinair basisprotocol omschreven (5). Vanaf het moment dat een huisarts bij een patiënt met een mogelijk CVA wordt geroepen tot een half jaar na het optreden van het CVA is de zorg omschreven. Doordat het ziektebeeld geen uniform verloop heeft en de gevolgen en daaruit voortvloeiende beperkingen sterk uiteenlopen, worden in de verschillende fasen alternatieven aangeboden. Ook de sociale situatie waarin iemand verkeert speelt een belangrijke rol bij de keuze welke vorm van zorg het meest adequaat is. Zo heeft bijvoorbeeld het simpele feit dat iemand alleen woont belangrijke gevolgen voor de afweging of iemand thuis zorg kan worden geboden of dat (tijdelijke) opname in het verpleeghuis een betere oplossing is.

Dit protocol is ook besproken met de vereniging van CVA-patiënten 'Samen verder' in Den Haag. Ook hun inbreng, met name betreffende de belasting van de mantelzorg, is in het protocol meegegenomen. Het is nog niet systematisch in de praktijk getest omdat de voorbereidingsgroep hieraan een evaluatie-onderzoek wil verbinden. Aan de opzet en de financiering wordt gewerkt.

Diabetes, reuma en cystic fibrosis

Onlangs heeft de Nationale Commissie Chronisch Zieken een adviesnota uitgebracht over gespecialiseerde verpleegkundige zorg (6). Specialistisch verpleegkundige consulenten worden steeds meer als een belangrijke schakel gezien in de zorgverlening aan chronisch zieken, die immers vaak zorg ontvangen van verscheidene disciplines uit verschillende echelons. Wil deze verpleegkundige inderdaad een bijdrage kunnen leveren aan continuïteit van zorg en afstemming van het zorgaanbod, dan is het gewenst dat deze een transmurale positie inneemt. In Den Haag heeft STIZA (Initiatiefgroep Zorgafstemming), een regionale werkgroep waarin directies van verschillende zorginstellingen en de Districts Huisartsen Vereniging participeren, een inventariserend onderzoek gedaan naar de invulling van de specialistisch verpleegkundige functie in de regio (7). Voor dit onderzoek zijn alle in de regio werkzame specialistisch verpleegkundigen met een vragenlijst benaderd. Ze blijken werkzaam te zijn bij twee thuiszorginstellingen en zeven ziekenhuizen. In tabel 1 wordt een overzicht

tabel 1

*Aantal specialistische verpleegkundigen met de wekelijks beschikbare uren per zorgveld.
Regio Den Haag 1994 (7).*

Specialisme	Totaal		Intramuraal		Extramuraal	
	Aantal Vplk.	Uren	Aantal Vplk.	Uren	Aantal Vplk.	Uren
Stoma	5	91	5	91	—	—
Mamma-care	2	20	2	20	—	—
Diabetes	12	250	6	180	6	70
Incontinentie	5	25	—	—	5	25
Psychogeriatric	6	126	2	78	4	48
Reuma	4	68	1	32	3	36
Oncologie en AIDS	18	363	10	286	8	77
CARA	5	48	—	—	5	48
ADL	4	16	—	—	4	16
Overige	3	94	2	70	1	24
Totaal	64	1.101	28	757	36	344

gegeven van de beschikbare formatie, verdeeld over de verschillende zorggebieden. Uit het onderzoek kwam naar voren hoe divers de functie binnen de verschillende zorggebieden en binnen de intra- en extramurale zorg wordt ingevuld. Op basis van deze resultaten heeft STIZA een plan opgesteld om de specialistisch verpleegkundige functie meer het karakter te geven van een transmurale functie. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat er, onafhankelijk van de plaats waar de zorg wordt geboden, volgens eenzelfde werkwijze wordt gehandeld. Gekozen is om als eerste de zorg aan diabetespatiënten op deze wijze vorm te geven. Maar ook op andere gebieden gaan de ontwikkelingen verder. In juni 1995 is in een samenwerkingsverband van het Leyenburg Ziekenhuis, Stichting Thuiszorg Den Haag en het Coördinatiecentrum Chronisch Zieken een verpleegkundig consulent cystic fibrosis aangesteld. Ze zal zich specifiek bezighouden met de verpleegkundige zorgverlening en de coördinatie van het zorgaanbod voor deze doelgroep.

Zowel in het Ziekenhuis Antoniushove als in het Bronovo Ziekenhuis heeft in overleg met de thuiszorginstellingen de transmurale verpleegkundige zorg aan reumapatiënten de aandacht. Het plan is door een nauwe samenwerking van de reumaconsulent in het Bronovo Ziekenhuis en de verpleegkundig expert chronisch zieken van Stichting Thuiszorg Den Haag een transmurale functie te vormen.

Transmurale zorg, hoe wordt het spel gespeeld?

Bovenstaand overzicht moet niet worden gezien als een uitputtende beschrijving van wat er allemaal in de regio gebeurt op het gebied van de transmurale zorg. De ontwikkelingen gaan daarvoor te snel en de terreinen zijn te divers. Zo zijn bijvoorbeeld de vormen van transmurale zorg in de geestelijke gezondheidszorg en de zorg aan verstandelijke gehandicapten niet aan de orde geweest.

In de beschrijvingen van de projecten valt een aantal aspecten op.

Actoren: De belangrijkste spelers op het veld van de transmurale zorg zijn ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en huisartsen. Het veld waarop het spel zich afspeelt ligt in de meeste gevallen in de thuissituatie. Op de tribune bevinden zich patiën-

ten en verzekeraars. In enkele gevallen nemen ze deel aan het spel. De taken van de diverse spelers staan regelmatig ter discussie. Substitutie van taken komt regelmatig voor.

Complexe problematiek: Het spel speelt zich af rondom de complexe zorgvraag van een bepaalde patiëntengroep. Spelers zetten zich in om in onderlinge samenwerking hierop een zo goed mogelijk antwoord te geven. Aan motivatie ontbreekt het in het algemeen niet.

Doelen: De doelen van de verschillende spelers lopen uiteen. Voor de afzonderlijke participanten staan diverse belangen op het spel. Gemeenschappelijk doel is: patiëntgerichte zorgverlening op een effectieve wijze en met een doelmatige inzet van middelen.

Spelregels: De spelregels in de vorm van samenwerkingsafspraken en multidisciplinaire protocollen worden in onderling overleg tussen de spelers vastgesteld en zonedig bijgesteld.

Financiering: Grote transferbedragen zijn niet aan de orde. Flexibele inzet van beschikbare middelen is veel belangrijker. De ontwikkelingskosten zijn relatief hoog.

Hoe nu verder?

Wanneer we de Haagse ontwikkelingen in het landelijke perspectief plaatsen, valt de goede samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders op. Ziekenhuizen, huisartsen en thuiszorg zetten zich gezamenlijk in. Patiëntenverenigingen en verzekeraars worden daar steeds meer bij betrokken. Er is een groot aantal initiatieven die in onderling overleg worden uitgewerkt. Wel is het niet voor iedereen even overzichtelijk wat er allemaal gebeurt. Er zijn nog geen duidelijke patronen te herkennen. In deze fase van ontwikkeling van transmurale zorg is dat begrijpelijk. Evaluatie van de projecten zal moeten leiden tot een organisatorisch kader voor transmurale zorg. Daarbij zal ook duidelijk worden voor welke doelgroepen transmurale zorg van belang is.

Voor de verdere ontwikkeling van de transmurale zorg is het van belang de ervaringen die in de diverse projecten worden opgedaan optimaal te benutten. Een project moet als een pilot fungeren waarin een bepaalde werkwijze wordt ontwikkeld, die in een multidisciplinair protocol wordt vastgelegd. Na toetsing in de praktijk en zonedig bijstelling dienen in de regio de betrokken zorgver-

leners, bijvoorbeeld in STIZA-verband, en de verzekeraar een besluit te nemen over algemene toepassing daarvan, inclusief de financiële consequenties. Alleen zo kan een sluitend zorgcircuit voor verschillende doelgroepen realiteit worden.

Aansturing en facilitering van transmurale projecten is daarbij van groot belang. De motivatie van hulpverleners om een gezamenlijk antwoord te vinden op de complexe zorgvraag van een bepaalde patiëntengroep verdient adequate ondersteuning.

De mogelijkheid tot een flexibele inzet van budgetten is daarbij een voorwaarde. In veel transmurale projecten heeft de liaisonverpleegkundige of de specialistisch verpleegkundig consultant een belangrijke coördinerende functie. Het over de grenzen van de instellingen heen kunnen opereren is daarvoor een essentiële voorwaarde. Het potentieel van specialistisch verpleegkundige zorg kan beter worden benut in een transmurale setting. In enkele projecten is daar reeds sprake van. Op andere gebieden heeft iedere instelling zijn eigen verpleegkundig specialist, zowel in de ziekenhuizen als in de thuiszorg. In de toekomst lijkt een verdere samenwerking tussen deze verpleegkundigen, bijvoorbeeld in één organisatorisch verband waarbij volgens een vastgesteld protocol wordt gewerkt, zowel de effectiviteit van de zorg als de doelmatige besteding van middelen te bevorderen. De ziekenhuizen en de thuiszorg zouden daar gezamenlijk invulling aan moeten geven. Het is de moeite waard om transmurale zorg, met als inzet een integrale benaderingswijze van de complexe zorgvraag van een patiënt, in samenspraak zowel inhoudelijk als organisatorisch verder inhoud te geven.

Literatuur:

1. Nota Transmurale somatische zorg. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer 1995.
2. Vlaanderen B van. Grenzeloze zorg: een evaluatie van het project 'liaisonverpleegkundige'. Den Haag 1995.
3. Informatieset project infuusbehandeling thuis. Regionale Huisartsen Vereniging, Westeinde Ziekenhuis, Stichting Thuiszorg Den Haag, 1995.
4. Protocol vervroegd ontslag heupoperatie. Intensieve thuiszorg Den Haag. Den Haag, maart 1995.
5. Protocol voor de dienstverlening aan mensen met een cerebrovasculair accident. Begeleidingscommissie Intensieve thuiszorg Den Haag. Den Haag, september 1994.
6. Advies Gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor chronisch zieken. Nationale Commissie Chronisch Zieken. Zoetermeer 1995.
7. Nota Specialistische verpleegkundige zorg in de regio Den Haag. Stichting Thuiszorg Den Haag. Den Haag 1994.

Preventieve medische zorg voor dak- en thuislozen

Ervaringen van een proefproject

Mw. M. de Ridder en Mw. J. Renzenbrink

De afgelopen wintermaanden hebben verpleegkundigen van het Westeinde Ziekenhuis medische en verpleegkundige hulp verleend aan dak- en thuislozen. Verondersteld werd dat ze vaak niet verzekerd zijn, geen huisarts hebben en de drempel van de eerste hulp in het ziekenhuis te hoog vinden. Naar blijkt gaat het meestal om blaren van het lopen en de overige problemen zijn veelal van maatschappelijke of psychosociale aard. Ook blijken de meesten verzekerd en kunnen ze gewoon naar de huisarts. Reden om het project in deze vorm te beëindigen.

Gedurende de wintermaanden van 1995 hebben verpleegkundigen van de eerste-hulpafdeling van het Westeinde Ziekenhuis bij wijze van proef medische en verpleegkundige hulp verleend aan passanten van de Kessler Stichting (De la Reyweg 522) en van een dependance van het Leger des Heils (Steynlaan 150-4). De Kessler Stichting is een overnachtingsfaciliteit voor dak- en thuislozen waar maximaal zeven dagen per maand kan worden overnacht. Op de Steynlaan kan dezelfde doelgroep langskomen voor een kopje koffie of een gesprek met een maatschappelijk werker.

Van verschillende zijden bestond behoefte aan een dergelijke try-out. Vooral de hulpverlenende instanties die opvangfaciliteiten en/of maatschappelijke zorg bieden aan dak- en thuislozen, vroegen om aandacht voor de (preventieve) medische zorg voor dak- en thuislozen. De gedachte was dat dak- en thuislozen vaak niet verzekerd zijn, geen huisarts hebben en een hoge drempel ervaren om een eerste hulp van een ziekenhuis te bezoeken omdat ze denken niet te worden geholpen. Behalve dat de (medische) zorg beter in een eerder stadium kon worden gegeven moesten de ziekenfondsen dikwijls voor de - hogere - kosten bijspringen.

Het Utrechtse voorbeeld van een spreekuurhoudende arts op een concentratieplaats van dak- en thuislozen (Hoog-Catharijne) was in Den Haag niet mogelijk omdat dak- en thuislozen zich in de hofstad meer verspreid ophouden. De adressen op

Over de auteurs:

Mw. M. de Ridder en Mw. J. Renzenbrink, beiden A-verpleegkundige, werkzaam op de EHBO-afdeling van het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag

de De la Reyweg en de Steynlaan bleken het meest geschikt. In Den Haag viel de keuze op A-verpleegkundigen. Het alternatief van (frequent wisselende) arts-assistenten werd vanwege het belang van zoveel mogelijk 'dezelfde gezichten' afgewezen. Wel konden de verpleegkundigen, in overleg met de dienstdoende EHBO-arts, verwijzen naar de eerste-hulp van het Westeinde Ziekenhuis. Ze verstrekten zelf geen medicijnen. De dak- en thuislozen konden kosteloos de verpleegkundigen consulteren.

Het project was geënt op het inventariseren van de somatische problemen die zich onder dak- en thuislozen voordeden en van de medische hulp die daarvoor moest worden geboden. Het project startte op 1 januari 1995 en duurde drie maanden.

Verpleegkundigen hielden wekelijks spreekuur op de De la Reyweg en de Steynlaan. Het Westeinde Ziekenhuis leverde daarnaast de verbandmaterialen en de Kessler Stichting en het Leger des Heils stelden de ruimten beschikbaar en verzorgden de 'publiciteit'. Wanneer een dak- of thuisloze een recept had, onverzekerd was en het medicijn niet zelf kon bekostigen, sprong het ziekenfonds AZIVO bij. Na het proefproject zou verslag worden gedaan en worden bekeken in hoeverre er voldoende behoefte was aan de geoperationaliseerde medische en verpleegkundige hulp buiten het ziekenhuis voor dak- en thuislozen en zo ja aan welke voorwaarden dit zou moeten voldoen.

Van de uitkomsten wordt hier kort verslag gedaan (1).

Ervaringen

In de Kessler Stichting werden 75 en op de Steynlaan werden 39 mensen gezien. Het gemiddelde aantal dak- of thuislozen per spreekuur was respectievelijk zes en vier. Voor het overgrote deel waren het mannen, variërend in leeftijd van 20 tot 60 jaar. De wintermaanden werden bij de instellingen als de drukke maanden gezien.

Twee verpleegkundigen hielden steeds van 15.30 tot 16.30 uur spreekuur: dinsdag op de De la Reyweg en woensdag op de Steynlaan. Op beide lokaties bleken de passanten goed geïnformeerd over de mogelijkheid van een verpleegkundig/medisch consult.

De werkomstandigheden, het karakter van de populatie en de aard van de zorgvraag bleken tus-

sen de beide lokaties verschillend.

De Steynlaan was een noodlokatie (vanwege verbouwing van het pand Wagenstraat). De spreekruimte was niet afgesloten en had geen stromend water. De mensen waren uiterst dik gekleed en ongewassen.

In de Kessler Stichting - er wordt overnacht - konden de belangstellenden voor het spreekuur douchen. In de praktijk was niet iedereen klaar en omdat de spreekruimte tevens kleedruimte was was ook hier tijdens het gesprek/onderzoek geen privacy gegarandeerd. Er was stromend water, er waren handdoeken en een teiltje voor voetenbaden.

Op de Steynlaan waren de mensen in het algemeen maar kort in huis, ze dronken een kopje koffie, werden wat warm en gingen weer. Ze kwamen minder langs om even voor de gezelligheid een praatje met elkaar te maken. Dit resulteerde ook in een andere zorgvraag. Ze hadden veel voetproblemen, zoals verweekte voeten met blaren. Na de behandeling moesten ze vaak weer hun natte sokken en schoenen aan.

In de Kessler Stichting zagen de verpleegkundigen weinig somatische problemen. Wel speelde veel psychische en sociale problematiek. Soms verveelden de bezoekers zich in de koffiekamer en vonden ze het gezellig om even bij de verpleegkundigen langs te komen voor een praatje. Regelmatig werd er om slaapmiddelen, valium of pijnstillers gevraagd.



De mensen gezien bij de Kessler Stichting konden, indien nodig, de volgende dag bij het Leger des Heils worden 'terugbesteld', bijvoorbeeld om een wondje nogmaals te laten bekijken. Dit lukte ook regelmatig. Vijf mensen werden verwezen naar de eerste-hulpafdeling van het Westeinde Ziekenhuis, wegens hoesten (tbc?), ontstekingen aan de handen of voeten, rugklachten of andere pijnklachten. Twee zijn daar ook daadwerkelijk verschenen. Verder is (of kon) geen continuïteit van zorg (worden) gegeven. De dak- en thuislozen trokken in de periode dat ze niet op het adres van de Kessler Stichting konden slapen veel naar andere steden.

Samenvattend zijn de volgende concluderende opmerkingen te maken:

- de problemen waren voor het overgrote deel niet 'echt' medisch (zoals blaren en smetplekken door het vele lopen). Voor de meeste klachten was het plakken van een pleister of het geven van een zalfje voldoende. Dit kon ook prima worden gedaan door een medewerker van de instantie zelf;
- de geboden zorg leek dweilen met de kraan open: na de behandeling van de blaren en de smetplekken op de voeten moesten de natte sokken en schoenen vaak weer aan en ook wondverzorging vraagt om dagelijkse zorg;
- veel problemen waren van maatschappelijke en/of psycho-sociale aard. Daar zijn A-verpleegkundigen niet specifiek in geschoold. Bovendien zijn daarvoor andere gespecialiseerde instanties beschikbaar;
- veel van de dak- en thuislozen die gezien zijn, bleken verzekerd en konden dus ook naar de huisarts gaan.

Op basis van de ervaringen krijgt het proefproject 'Dak en thuislozen' geen vervolg in deze vorm. Wel wordt momenteel gekeken of enkele huisartsen in de binnenstad van Den Haag de eerstelijnszorg voor dak- en thuislozen op zich kunnen nemen, ongeacht of ze verzekerd zijn of niet.

Literatuur:

1. Ridder M de, Rensenbrink J. Project dak- en thuislozen. Westeinde Ziekenhuis Den Haag en Ziekenfonds AZIVO. Den Haag, maart 1995.
2. Daklozen en thuislozen. Advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Gezondheidsraad. Den Haag, juni 1995.
3. Tenthof van Noorden PP. Gek op straat. Scriptie Beleid en Management Gezondheidszorg. Rotterdam, januari 1994.

De begrippen 'dak-' en 'thuis'loos worden regelmatig door elkaar gebruikt. Onder daklozen worden, in strikte zin, mensen verstaan die tijdelijk, als gevolg van een crisissituatie (zoals echtscheiding, of seksueel geweld) of een calamiteit (brand), zonder huisvesting zitten (2). Ze zijn echter niet de doelgroep van de hulpverlening voor dak- en thuislozen. In de praktijk wordt het ontbreken van een garantie van onderdak gebruikt om iemand als dakloos te kwalificeren (3).

Over thuisloosheid is men eenduidiger. De definitie van de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak luidt: 'Thuisloosheid kan worden omschreven als een ernstige toestand van maatschappelijke, persoonlijke en relationele kwetsbaarheid, waardoor functionele of medemenselijke relaties in de gangbare samenlevingsvormen niet of nauwelijks meer mogelijk zijn. De mens die tijdelijk of blijvend in deze toestand verkeert noemen we thuisloos'.

In Den Haag zijn tussen 1.150 en 1.350 dak- en thuislozen waarvan naar schatting tussen de 345 en 675 personen een ernstige psychiatrische stoornis hebben (3).

Heroïnegebruikers 'zonder zorg'

Eerste indrukken uit een onderzoek in Den Haag

Mw. M.A. Eland-Goossensen, Mw. E.C. Vollemans en V.M. Hendriks

Over heroïneverslaafden binnen de drugshulpverlening is tamelijk veel bekend. Over hoe het buiten dat circuit toegaat, bestaat veel minder inzicht. Om toch een indruk te krijgen van wat zich afspeelt binnen deze 'hidden population' is in Den Haag etnografisch veldwerk verricht. Een levendig verslag van 'snowball sampling' en een paar conclusies en aanbevelingen voor dit type van onderzoek.

Het Instituut voor Verslavingsonderzoek doet - sinds 1992 - onderzoek in Den Haag naar verschillen en overeenkomsten tussen heroïneverslaafden binnen en buiten de drugshulpverlening. Een dergelijke vergelijking kan inzicht verschaffen in de aard, de ernst en de omvang van de drugsproblematiek en in problemen op andere met verslaving samenhangende leefgebieden in de beide groepen. Wellicht kan hiermee ook informatie worden verkregen over factoren die een rol spelen bij het ontstaan van hulpbehoefte en het zoeken naar hulp, of juist het ontbreken van hulpbehoefte.

Onder de groep verslaafden buiten de hulpverlening is relatief weinig onderzoek verricht; niet zonder reden. Deze groep wordt in onderzoekstermen wel een 'hidden population' genoemd, omdat ze niet via registraties (bijvoorbeeld bevolkingsregister of hulpverlenersadministratie) kan worden achterhaald. Ook anderszins is ze moeilijk te lokaliseren, laat staan te benaderen en te werven voor onderzoek (1).

Voor onderzoek onder moeilijk bereikbare groepen is een methodiek uit de culturele antropologie bruikbaar: het 'ethnografisch veldwerk'. Hierbij begeeft de onderzoeker zich onder de doelgroep om via verschillende benaderingen tot een beter begrip te komen ('verstehen') van de te bestuderen gedragskenmerken en sociale processen. Via 'snowball sampling' is het mogelijk in contact te komen met mensen uit 'hidden populations' (2). Bij deze onderzoeksmethodiek verwijzen gebrui-

Over de auteurs:

Mw. drs. M.A. Eland-Goossensen, assistent in opleiding (A.I.O.), Mw. E.C. Vollemans, community fieldworker en Dr. V.M. Hendriks, coördinator cluster drugsonderzoek, allen werkzaam bij het Instituut voor Verslavingsonderzoek in Rotterdam.

kers die aan het onderzoek deelnemen naar nieuwe gebruikers, waardoor een steeds grotere groep respondenten ontstaat waaruit kan worden geselecteerd (sneeuwbal-effect). Om een zo representatief mogelijke steekproef te krijgen is het belangrijk dat de groep 'eerst benaderde' heroïnegebruikers, met andere woorden de startpunten van de verwijzingslijnen, aselekt wordt gekozen. Bij het volgen van de lijnen moet er voor worden gewaakt dat niet één van de diverse subgroepen heroïneverslaafden wordt over- of ondervertegenwoordigd.

Dit artikel doet verslag van de onderzoekservaringen bij het verkrijgen van toegang tot harddruggebruikers buiten de hulpverlening¹ in Den Haag en het kiezen van startpunten in de populatie.

Het is een belangrijk en tegelijk erg lastig aspect van dit type onderzoek, dat iedere ervaring die wordt opgedaan andere onderzoekers kan helpen. Ook heeft het onderzoek informatie opgeleverd over het reilen en zeilen van de drugverslaafden buiten het drugshulpverlenerscircuit in Den Haag. Ter illustratie zijn beschrijvingen van lokaties en citaten van gebruikers opgenomen. Deze zijn overgenomen van 'veldnotities'.

Resultaten van het - nog lopende - onderzoek kunnen nu nog niet worden gepresenteerd; deze worden in de loop van 1996 verwacht.

Etnografisch voorwerk

De onderzoekers begonnen bij dit onderzoek met 'rondhangen in het veld': het aanknopen van gesprekjes, het aangaan van informele contacten enzovoorts. Enerzijds raakten hierdoor 'de gezichten' van de onderzoekers bekend (hetgeen de kans op vertrouwen vergroot en daarmee de mogelijkheid op een samenwerkingsrelatie), anderzijds werd op deze wijze informatie verkregen over het onderzoeksveld.

Het leggen van het onderzoekscontact kan aanzienlijk worden vergemakkelijkt door medewerking van een tussenpersoon uit de onderzoekspopulatie zelf, de 'community fieldworker'. Moore karakteriseert deze intermediair als volgt (3):

'She played the part of 'cultural broker', and vouched for my authenticity and legitimacy'.

Kenmerkend voor een 'community fieldworker' is het werken vanuit ervaringsdeskundigheid, resul-

terend in kennis van omgangsvormen, rituelen en netwerken in de populatie heroïnegebruikers. Doordat de fieldworker zelf deel (heeft) uit(ge)maakt van de te onderzoeken populatie, is diens bijdrage aan de verschillende stadia van onderzoek van grote waarde (4). Ten eerste is een 'community fieldworker' in staat om nieuwe, relevante ontwikkelingen in en rondom psycho-actief middelengebruik te signaleren. Vervolgens kan hij/zij de helpende hand bieden bij het in beeld brengen van groepen gebruikers, van lokaties, van factoren die een rol spelen bij druggebruik en van eventueel aanwezige sleutelinformanten².

Wegens het gebrek aan overzicht, voortkomend uit de verborgenheid en de beweeglijkheid van de onderzoeksgroep ('floating population'), is het voor een buitenstaander niet eenvoudig inzicht in het onderzoeksveld te krijgen en contacten aan te knopen en te onderhouden (5). In dit Haagse onderzoek heeft de 'community fieldworker' naast het voortdurend bezoeken van de doelgroep ook interviews afgenomen.

De kaart

Het etnografische voorwerk leidde tot kennis van de (ontwikkeling van de) huidige scene in Den Haag. Deze verzamelde informatie werd als het ware als een 'kaart' genoteerd. Deze werd steeds aangevuld en bijgesteld en speelde een centrale rol bij het samenstellen van de respondentengroep. Vanwege het belang van een zo representatief mogelijke 'eerste groep respondenten' werden schattingen gemaakt van de aard en de omvang van de groepen, de lokaties waar werd gebruikt en is gekeken naar de mate waarin respondenten met een bepaalde achtergrond al in de steekproef waren vertegenwoordigd. Ook de informatie van sleutelinformanten droeg bij tot die afweging. De volgende subgroepen heroïnegebruikers kunnen in Den Haag worden onderscheiden: dakloze gebruikers, oudere heroïnegebruikers die speed

¹ De inclusiecriteria van dit onderzoek zijn: ouder dan 18 jaar, langer dan twee jaar opiaatafhankelijk, verblijvend in Den Haag, randgemeenten of Zoetermeer en gedurende de afgelopen twee jaar niet langer dan twee weken contact met drugshulpverlening.

² Sleutelinformanten kunnen worden gezien als experts van de gebruikerswereld. Ze zijn afkomstig uit gebruikersgroepen of bevinden zich rondom gebruikersgroepen, zoals dealers, professionele en vrijwillige gezondheidswerkers, politie, boreca en belangengroepen.

gebruiken, Marokkaanse gebruikers, Surinaamse gebruikers, vrouwelijke prostituerende heroïnegebruikers, tippelende mannelijke heroïnegebruikers en groepen heroïneverslaafden in Zoetermeer, Scheveningen en Wassenaar.

Een beknopte geschiedenis van het heroïnegebruik in Den Haag ziet er als onderdeel van de 'kaart' als volgt uit:

Rond 1970, werd het mogelijk om in Den Haag heroïne te kopen. De Chinese heroïne - later kwam er ook Pakistaanse en Turkse heroïne op de markt - werd vooral door allochtonen gekocht en (later) verkocht. Toen kostte veertien gram ongeveer vijfhonderd gulden, totdat men verslaafd was, dan gingen de prijzen omhoog. Terwijl in Amsterdam het eerste hulpverleningsinitiatief van start ging, ontstond in Den Haag de actiegroep H.O.S.S. (Haagse Opvang Stichting Surinamers), bestaande uit binnenstadjongeren. Dit was in juli 1974. Hun eerste actie was de bezetting van een pand aan de Laan van Nieuw Oost-Indië om opvang en hulpverlening te vragen voor de heroïneverslaafden. Er werd een pand ter beschikking gesteld door de gemeente, maar er kwam niets van de grond, zodat twee jaar later een ander pand werd bezet door de vernieuwde actiegroep 'Samen Sterk'. Nog weer twee jaar later werd er met een drugvrij-centrum begonnen aan de Hofwijckstraat, het welk ook niet tot bloei kwam. De hoofdgedachte van velen, die het wereldje niet persoonlijk kenden, was dat het niet zo'n vaart liep. In 1979 werd een pand aan de Prinsegracht voor de tweede maal bezet, waaruit de S.O.H.D. (Stichting Opvang en Hulpverlening Drugverslaafden) ontstond. Deze stichting is in dit pand gebleven, waar gebruik werd gedoogd. Ook werd getolereerd dat men enkele grammen dope op zak had, waardoor er ook - beperkt - kon worden gedeald. Er werd naast het beïnvloeden van eet- en omgangsgedrag gewerkt aan begeleiding en doorverwijzing. De gemêleerde groep gebruikers bestond soms wel uit zevenbonderd personen op een dag. Op een gegeven moment kwam er door klachten over overlast een eind aan deze opvang op de Prinsegracht, waarna de gebruikers zich (weer) over de stad hebben verspreid.

Een gemotiveerde groep heroïnegebruikers is toen doorgestroomd naar het nieuw opgerichte dagprogramma (1983) op de Scheveningseweg, met als voorportaal een keet op het Monchyplein, terwijl ongemotiveerde mensen zich in kleine groepjes hebben verspreid over de stad en soms in iets grotere getale

bijeenkwamen. Een uit de kluiten gewassen dealpand in de Boekhorststraat is hier een voorbeeld van. Tussen 1987 en 1992 werd daar heroïne verkocht aan gebruikers, die binnen kwamen na identificatie met een pasje. Het was ook mogelijk om het pand als postadres voor een uitkering te gebruiken. 's Ochtends werden er 'ziektepuntjes' (een mespuntje heroïne om niet meer dopeziek te zijn) verstrekt. Uiteindelijk is de beheerder van het pand gearresteerd. Rond deze tijd begonnen we met het veldwerk.

Ingangen

Zoals in elke stad waar een aanzienlijke groep heroïnegebruikers leeft, konden ook in Den Haag 'ingangen' worden gevonden waar contacten met heroïnegebruikers kunnen worden opgebouwd. Deze ingangen liepen niet altijd parallel met de eerdergenoemde groepen. We vonden vier primaire ingangen:

- het outreachwerk;
- de huiskamerprojecten;
- het straatleven;
- de deal- en/of gebruikersadressen.

Via de eerste drie ingangen werden dealpanden bereikt, waar de meeste respondenten werden gevonden vooral door verwijzing en introductie door de heroïnegebruikers zelf.

Het outreachwerk

Outreachwerkers nemen een bijzondere positie in omdat ze beroepsmatig in contact staan met de doelpopulatie buiten de hulpverlening. Er bestaat al een vertrouwensrelatie met de gebruikers. Vanuit hun functie kunnen ze de onderzoekers introduceren bij sleutelinformanten en eventueel bezorgde gebruikers geruststellen omtrent de integriteit van de onderzoekers. We hebben contact gehad met drie outreachwerkers. Ondanks dat ze goede bemiddelaars leken, hebben we via hen slechts enkele respondenten ontmoet. Een nadeel van het werken via outreachwerkers was dat hun werk betrekking had op een bepaalde groep gebruikers, zoals Surinaamse gebruikers of injecterende gebruikers. Wel hebben ze ten behoeve van het onderzoek informatie verspreid en konden we gebruik maken van de werketage van één van hen om mensen te interviewen. Hierdoor kreeg deze etage, die bij veel gebruikers al bekend was, een functie als veldstation voor het onderzoek (6). Later werd deze plaats aangevuld

met een onderzoeksbusje, waarin interviews zijn afgenomen. De meeste interviews zijn echter bij de respondent thuis afgenomen.

De huiskamerprojecten

Den Haag heeft drie huiskamerprojecten waar het bezoekersaantal voor een aanzienlijk gedeelte uit harddruggebruikers bestaat. Geen van de projecten is expliciet voor druggebruikers bedoeld. Hierdoor is er ook nauwelijks specifieke kennis over de verslavingsproblemen aanwezig. De huiskamerprojecten zijn:

- Een dagcentrum van het Leger des Heils, waar in aanvulling op de verstrekking van koffie, thee en boterhammen de mogelijkheid bestaat om een douche te nemen. Gesprekken met het maatschappelijk werk vinden plaats op afspraak. Het centrum is 's ochtends, 's middags en 's avonds enkele uren geopend.
- Vanuit een opvangcentrum voor dak- en thuislozen (Kesslerstichting) is een oude stadsbus bij het Centraal Station gezet, waar soep, koffie en brood wordt verschaft. De bus is 's ochtends en 's nachts open. Een gebruiker over de betekenis van de soepbus voor hem:

'In de bus kan je een paar plakjes brood krijgen met wat boter en soep. Nou, er zijn weken bij dat ik alleen maar dat eet. Twee keer per dag, die zijn er bij. Afgelopen week heb ik goed gegeten, één keer warm en twee broodmaaltijden per dag. Ja, als je goed gescoord hebt, dan ga je een restaurantje pakken, je gaat op stap, dan kan 't een aantal dagen. Maar in de week die daarop volgt zou het kunnen zijn dat je een hele week weer op de bus zit, dat is heel onvoorspelbaar.'

- Het prostitutie-huiskamerproject, waar ook gebruikende vrouwen komen, is alleen 's avonds en 's nachts open. Vrouwen komen binnen om koffie te drinken en een praatje te maken. Een maatschappelijk werker en een arts houden er spreekuur.

Bij elk van de drie 'inloopcentra' kregen we toestemming om binnen te lopen en te praten met mogelijke respondenten. Dit ging vooral bij het Leger des Heils gemakkelijk. Daar vonden we vrij snel gebruikers die bereid waren mee te werken aan het eerste interview (tegen een vergoeding). Een voordeel van deze ingang bleek dat de onderzoeker zich daar redelijk vrij kon bewegen en relatief onopvallend en risicovrij in contact kon

komen met gebruikers. Een nadeel was dat ook de huiskamers gericht zijn op een bepaalde doelgroep, veelal daklozen.

Het straatleven

In Den Haag is 'het straatleven' geconcentreerd in bepaalde straten, rond het station Hollands Spoor en op sommige pleinen in de Schilderswijk. Hier staan 'runners'; tegen vergoeding van een puntje dope brengen ze gebruikers naar een dealadres. Een gebruiker vertelde over hoe hij zijn heroïnegebruik kan bekostigen het volgende:

'Nou eigenlijk steel ik niet, weet je...maar, eh ik ken veel mensen waar ik contact mee maak, nou sommigen komen naar mij toe, nou die willen dope, dan breng ik hem naar de dealer. Hij koopt, één gram of twee gram of als hij geld van de sociale dienst heeft gehad, koopt hij misschien vijf gram. Nou dan beetje roken, beetje bijkomen, dus zo ... Stel jij wilt één pakje kopen, maar jij kent niemand in de buurt, nou ik ken de mensen. Ik breng je daar naartoe, we kopen één pakje: helpt voor jou, helpt voor mij. Die dag is over. Dus zo.'

Door regelmatige ontruimingsacties en het verbod op samenscholing op sommige plaatsen is de Haagse scene meer verborgen geworden. Een respondent:

'Vorige week zijn er nog invallen geweest in panden waar werd gedeald, hier in de buurt rondom het plein. Nu wordt het overal verkocht in straatjes achteraf en daar zijn allerlei foefjes voor b.v. het pakje laten vallen op de grond of verstoppen in een broodje shoarma.'

Vanwege het relatief beperkte straatleven hebben we weinig respondenten op deze wijze gevonden. Het bleek niet eenvoudig te zijn om in contact te komen met verslaafden op straat zonder bemiddeling van een bekende.

Deal- en/of gebruikersadressen

Een 'dealadres' is een woonpand of horeca-instelling, waar harddrugs worden verkocht. De koper gaat soms naar een andere plaats om het te gebruiken, het 'gebruikersadres'. Daar komt een kennissenkring bij elkaar om heroïne te gebruiken. Soms wordt er geld bij elkaar gelegd om gezamenlijk in te kopen. Ter illustratie een citaat van een gebruiker, die zijn pand openstelt voor heroïnegebruikers:

'Op dit moment heb ik een bezoekersverbod. Hiervoor zaten er veel vrienden bij mij in huis, die gebruikten of dealden. In ruil hiervoor kreeg ik bruin, wat ik dan rookte in een sigaret.'

Deze deal- en/of gebruikersadressen waren voor de onderzoekers de meest voor de hand liggende ingang, maar tevens de moeilijkste. Een duidelijk voordeel van werving in panden waar (ook) wordt gedeald was dat er minder selectie optrad dan bij de eerdergenoemde ingangen. Immers iedere gebruiker moet heroïne kopen, tot welke groep hij of zij ook behoort. Voorwaarde is wel dat een zo groot mogelijke diversiteit aan panden wordt bezocht, hetgeen gedurende het veldwerk ook is gebeurd. De sfeer verschilde sterk. Een voorbeeld van een huisadres, waar gedeald werd:

'Om 12.30 had ik afgesproken met Eddie. Hij woont in een straat in de Schilderswijk. Ik kwam binnen in een benedenwoning, een klein gangetje, een beetje donker en de eerste deur links was een kamer waar een bankje stond en een tafel. In het verlengde van de kamer was nog een ruimte. Ik ging zitten in de kamer en even later kwam Eddie uit de andere kamer. Hij is een Indonesische man, zag er verzorgd uit. Op dat moment was er nog iemand in de andere ruimte (daar kwam ik later achter). Er werd op het raam getikt. Hij verontschuldigde zich en ging open doen. Door de gang liep hij direct met de man naar de andere kamer. Daar bleef hij een poosje en ik hoorde de aanstekers klikken waardoor ik wist dat er werd gebruikt. Ik nam aan dat dit het gebruikerskamertje was. Hij kwam weer naar mij toe en bood me wat te drinken aan. Ik kreeg een glas melk. Toen ging hij op het bankje naast mij zitten, hij vroeg naar het onderzoek. In de loop van het gesprek kwam naar voren dat hij bepaalde ideeën heeft over gebruik en hoe er mee om te gaan. Hij houdt er principes op na waardoor hij niet op het criminele pad hoeft te gaan. Voor zijn vriendenkring gaat hij de dope halen tegen inkoopsprijs. Zij gebruiken het ook bij hem thuis. Vrienden of kennissen selecteert hij. De mensen met wie hij samen de drugs koopt en die bij hem thuis gebruiken, werken en hebben weinig met criminaliteit te maken. Ook zorgt hij ervoor dat hij op tijd z'n huur betaalt en er altijd eten in huis is. Ondertussen werd er weer op het raam getikt en hij ging open doen. Hij ging weer naar de andere kamer. Even later vroeg hij of ik ook in de andere kamer wilde komen. Daar stond ook een bankje, een tafeltje en twee bedden. Op mij kwam het over dat ik nu zijn vertrouwen had gewonnen omdat ik daar

ook mocht komen. Hier verkocht hij de dope en werd er gebruikt. We zijn daar blijven zitten en de twee andere jongens zijn in de voorkamer gaan zitten zodat zij de deur open konden doen en wij niet meer gestoord werden. Eddie ging nu chinezen³), eerst bruin, daarna wit.'

Voor Den Haag geldt in het algemeen dat er weinig panden zijn waar na het kopen van drugs op rustige wijze kan worden gebruikt. Sommige dealers verkopen alleen aan een beperkte kring vaste vrienden, waardoor het risico op gespannen situaties beperkt blijft. Regels die door dealers worden gehanteerd zijn: geen heling of betaling in goederen, een beperkt aantal kopers binnenlaten, bepaalde openingstijden, een minimum aankoopbedrag, alleen binnenkomen met een bekende en het aanstellen van een veiligheidsbewaker. Sommige dealers gebruiken bepaalde codes. Met behulp van afgesproken signalen wordt aangegeven dat de kust veilig is:

'Afgesproken op het adres van Johan. Ik zou eerst klepperen met de brievenbus en 'Rotterdam' roepen, zodat ze wisten dat ik het was...Ik kan nu langskomen wanneer ik wil, wanneer de mat buiten ligt is hij thuis.'

Een andere manier om de risico's van het dealen te beperken is, dat de dealer bij gebruikers thuis gaat verkopen, die daar dope voor ontvangen, terwijl de dealer na enkele dagen weer een ander onderkomen zoekt. Het komt ook voor dat de gebruiker die wil kopen de dealer 'oppiept' per telefoon, waarna de dealer aan huis komt. Het volgende citaat is een voorbeeld waar weinig maatregelen werden getroffen om de veiligheid en de sfeer te beschermen:

'Toen ik binnenkwam waren er drie mannen aanwezig. Ze waren bezig met coke gebruiken. Ik dacht al enkele dagen; dag en nacht. Ze zagen er alle drie ook zo naar uit, een beetje zweterig, met grote pupillen. In al die tijd hadden ze nauwelijks gegeten en helemaal niet geslapen. B. is de bewoner van het pand, die niet meer de 'baas' is in zijn eigen huis. Perry was met de coke gekomen. Een behoorlijke hoeveelheid, ik weet niet hoeveel gram, in een plastic zakje, wat hij in een leeg pakje sigaretten had zitten. Perry zei dat hij mij alleen wilde spreken en de

³ Chinezen is het inhaleren van verdampte heroïne of cocaïne met behulp van een stukje aluminiumfolie, een aansteker en een kokertje.

andere twee pakten hun gebruikersspullen, zoals lepel, ammoniak. Perry haalde het zakje tevoorschijn en gaf ze allebei wat. Daarna gingen ze op het kleine gangetje en de w.c. zitten. Perry begon een onafhankelijk gesprek op fluisterton. Hij gedroeg zich behoorlijk paranoia. Hij keek steeds naar de deur en zei dat ik niet zo hard moest praten. Ik zei dat het wel mee viel. Er was een voelbare spanning en naarmate ik langer aanwezig was werd de spanning opgebouwd.... Al die tijd waren B. en Mark op de gang en de w.c. Op een gegeven moment vroeg B. een beetje coke en zei ook dat hij er van baalde dat hij in zijn eigen huis op de gang moest zitten. Deze opmerking en ook dat hij wat coke vroeg, was de druppel op de gloeiende plaat. Perry werd kwaad en bevestigd in zijn wantrouwen. B. suste hem en zei dat hij het niet zo bedoelde. Eerst gaf hij niets om zijn machtspositie te benadrukken, een minuut later wel met een gebaar van, wat kan mij het schelen. In het zakje zat nog genoeg om nog een dag en een nacht door te gaan. De lepeltjes kwamen tevoorschijn en hij gooide er een paar mespunten op.'

In Den Haag is er sinds de 'Prinsegracht' in de begin jaren tachtig geen gedooggebied meer geweest. In overleg met politie, woningbouwverenigingen en de gemeente wordt bepaald welke panden zullen worden ontruimd. Er zijn veel invallen en ook controles. Het gevolg van dit beleid is dat de dealadressen steeds zakelijker zijn geworden. Er wordt snel wat gehaald en ergens anders gebruikt. Door de grote wisseling in deal-

adressen hebben zelfs jarenlange gebruikers geen vast koopadres meer, met als gevolg dat ze worden geconfronteerd met een wisselende, vaak onduidelijke kwaliteit van heroïne, cocaïne en andere middelen, hetgeen de gezondheidsrisico's kan vergroten.

Enkele conclusies

Om enig inzicht te krijgen in het welslagen van de onderzoekers om in contact te komen met een heroïnegebruiker of om toegang te verkrijgen tot een deal- en/of gebruikerspand zijn - afzonderlijk voor de verschillende ingangen/contactwijzen - de aantallen pogingen weergegeven (tabel 1). Steeds is vermeld of het om een persoon of een pand ging en of het een geslaagde (+) danwel een mislukte (-) poging betrof. Wanneer in de panden ook weer personen zijn ontmoet, zijn deze niet meer meegeteld. Uit de tabel blijkt dat het grootste deel van de contacten tot stand is gekomen via persoonlijke bemiddeling: 91 van de 141 pogingen (65%). Dit komt uiteraard door het werken met de 'snowball sampling'-methode. Van deze 91 pogingen mislukten er 25 (36%). Dat wordt deels verklaard door de leefwijze van de respondenten die dynamisch en veranderlijk is, waardoor het nakomen van een afspraak moeilijk is. Afspraken die op korte termijn waren gepland hadden de meeste kans van slagen; daarbij moest wel rekening worden gehouden met het dag- en nachtritme van de

tabel 1

Aantal pogingen om in contact te komen met heroïnegebruikers of om toegang te verkrijgen tot deal- en/of gebruikerspanden, uitgesplitst voor de verschillende ingangen/contactwijzen.

Ingang/ contactwijze	Persoon		Pand		Totaal
	(+)	(-)	(+)	(-)	
Persoonlijke bemiddeling	51	24	15	1	91
Dagcentra	12	3	-	-	15
Via informatie	6	4	-	2	12
Toevallig/op straat	8	2	-	2	12
Via methadon	3	3	-	-	6
Outreachwerk	2	1	2	-	5
Totaal	82	37	17	5	141

(+) geslaagd

(-) niet geslaagd

respondent (prostituées). Mogelijk hebben sommigen niet aan het onderzoek meegedaan omdat ze de situatie toch als te onveilig ervoeren of de vergoeding niet aantrekkelijk genoeg vonden. Opvallend was dat het via persoonlijke bemiddeling bijna altijd lukte toegang te krijgen tot dealpanden, namelijk in 15 van de 16 gevallen. De dealpanden die toevallig werden ontdekt of waarvan alleen een adres bekend was, bleken niet toegankelijk voor de onderzoekers.

Aanbevelingen

Om andere onderzoekers of veldwerkers van dienst te zijn hebben we uit onze ervaringen de volgende aanbevelingen samengevat:

- Met hulp van sleutelinformanten, instellingen die met de doelgroep in contact staan of andere informatiebronnen is het belangrijk 'een kaart' van het 'veld' te maken. Dit brengt de totale groep in beeld en biedt enig houvast bij het bijhouden van de vele wisselingen in lokaties.
- Een intermediair die deel uitmaakt van de te onderzoeken groep kan een belangrijke bijdrage leveren bij het in kaart brengen van de doelgroep, bij het leggen van de eerste contacten en bij het behouden van toegang tot de doelpopulatie. Dit kan een 'community fieldworker' zijn, wat als voordeel heeft dat er een langdurige relatie met de onderzoeker wordt aangegaan, waarin wederzijds kennis kan worden uitgewisseld.
- Het is van groot belang het doel van het contact zoeken met de heroïnegebruikers te bespreken en te benadrukken dat geen vertrouwelijke gegevens zullen worden doorgegeven. Dit voorkomt (blijvend) wantrouwen. Hierbij kunnen outreachwerkers een geruststellende rol vervullen, wanneer ze garanderen dat de onderzoekers betrouwbaar zijn.
- Dealpanden kunnen niet of nauwelijks door buitenstaanders worden bezocht, meegaan met een gebruiker die koopt (niet meer dan twee mensen in totaal) werkt bij de meeste panden wel.
- En ten slotte is een vanzelfsprekende voorwaarde voor het welslagen van een dergelijk onderzoek dat met respect voor heroïnegebruikers wordt gehandeld vanuit een niet veroordelende houding ten aanzien van het druggebruik.

Literatuur:

1. Garretsen HFL, Goor LAM van de, Kaplan ChD, e.a. Illegal Drug Use: Research Methods for Hidden Populations. Proceedings of an Invited Expert Meeting, 1992.
2. Hendriks VM, Blanken P, Adriaans NFP. Snowball Sampling: a Pilot Study on Cocaine Use. IVO reeks 2. Instituut voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Universiteit 1992.
3. Moore D. Ethnography and Illicit Drug Use: Dispatches from an Anthropologist in the 'Field'. Addiction Research 1993; nr. 1: 11-25.
4. Adriaans NFP. Het 'community fieldwork' in verslavingsonderzoek. Refereerbijeenkomst. Instituut voor Verslavingsonderzoek. Rotterdam, 1993.
5. Kaplan CD, Korf D, Gelder P van, e.a. Floating Drug-Using Populations in Europe: Comparative Reflections with the Americas. In: Division of Epidemiology and Prevention Research (Ed.): Epidemiological Trends in Drug Abuse. Community Epidemiology Work Group Proceedings. National Institute on Drug Abuse. Rockville, Maryland 1990.
6. Goldstein PJ, Spunt BJ, Miller T, e.a. Ethnographic Field Stations. In: NIDA, Research Monograph 98. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland 1990.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het Verslavingscircuit van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en Centrum Verslavingszorg Zeestraat. De onderzoekers danken de respondenten en Marcel Sordam, Jeanet Kruize, 'Baasje' en André van de Boor voor hun persoonlijke medewerking. Peter Blanken van het Instituut voor Verslavingsonderzoek wordt bedankt voor zijn suggesties tijdens het veldwerk, evenals de begeleidingscommissie voor de driemaandelijke adviezen. Het project wordt financieel mogelijk gemaakt door bijdragen van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid, het Trustfonds van de Erasmus Universiteit en de gemeente Den Haag, waarvoor onze dank.

Suicide in Den Haag

De laatste cijfers

W.J. Schudel

Iedere interpretatie van zelfmoordstatistieken is riskant, ook al zijn die feilloos samengesteld. Toch valt er in de Haagse situatie over de laatste vijf jaar wel iets te zeggen. Zo neemt het aantal suicides waarschijnlijk eerder af dan toe. Zelfmoord onder vrouwen komt nu duidelijk minder voor dan vijf en tien jaar geleden. Kinderen plegen vrijwel nooit suicide en allochtonen lopen eerder een geringer dan een groter risico om ooit door zelfmoord om te komen.

Sedert de benoeming in 1950 van Speijer tot hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de Haagse GG en GD heeft (de beschrijving van) suïcidaal gedrag in Den Haag voortdurend in de belangstelling gestaan. In de loop der jaren is het door Speijer ingevoerde registratiesysteem verschillende malen aangepast, maar tot op heden is het voornamelijk gebaseerd op de gegevens van de gemeentelijke lijkschouwer.

De informatie van de politie, die tot 1994 als extra controle op de volledigheid van het register werd aangewend, kon na de vorming van het regiokorps Haaglanden helaas niet meer worden verkregen. Aangezien voordien bij vergelijking van deze bestanden jaarlijks slechts in een enkel geval correctie nodig was, mag evenwel worden aangenomen dat het ontbreken van de politiegegevens, hoe betreurenswaardig op zichzelf ook, niet tot belangrijke fouten in de gegevens zal leiden. Overigens valt een zekere onderrapportage niet uit te sluiten. Zo zal enig suïcidaal gedrag (bijvoorbeeld in de vorm van zelfverwonding of -vergiftiging), dat pas na enige tijd (dagen of weken) leidt tot de dood van de betrokkene, nogal eens niet als zelfmoord worden geregistreerd. Daarnaast kan het voorkomen dat een behandelend arts in een twijfelgeval (en misschien ook weleens als er geen grond is voor twijfel) besluit om toch een verklaring van natuurlijke dood af te geven. Een en ander leidt er toe, dat de gegevens van de gemeentelijke lijkschouwer en bijvoorbeeld de doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vrijwel nooit helemaal overeenkomen. Van een duidelijk systematisch verschil is ons bij een eerder gepubliceerde meta-analyse echter niets gebleken (1)(2).

Over de auteur:

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

Er is sprake van een suïcide wanneer de betrokkene

- aan de gevolgen van zijn daad is overleden;
- en daarbij de intentie had zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

Indien de onder punt b genoemde intentie niet (voldoende) kan worden achterhaald, dient een ongeval redelijkerwijs te worden uitgesloten om te kunnen vaststellen dat een suïcide heeft plaatsgevonden.

Epidemiologie

Alle gepresenteerde gegevens van ons onderzoek betreffen suïcides op Haags grondgebied die ter kennis zijn gebracht aan de gemeentelijke lijk-schouwer en/of de gemeentepolitie (zie hierboven). Suïcides die buiten de gemeentegrenzen hebben plaatsgevonden, ook van inwoners van Den Haag, zijn niet meegeteld. Niet-ingezetenen, die zich in Den Haag suïcideerden, zijn wél meegeteld. Bij de interpretatie van de aan de bevolkingscijfers van Den Haag gerelateerde gegevens moet met het hierboven gestelde rekening worden gehouden. Van méér dan een (waarschijnlijk redelijke) benadering van de werkelijkheid mag dan ook niet worden gesproken.

In de acht-jaarsperiode van 1 januari 1987 tot en

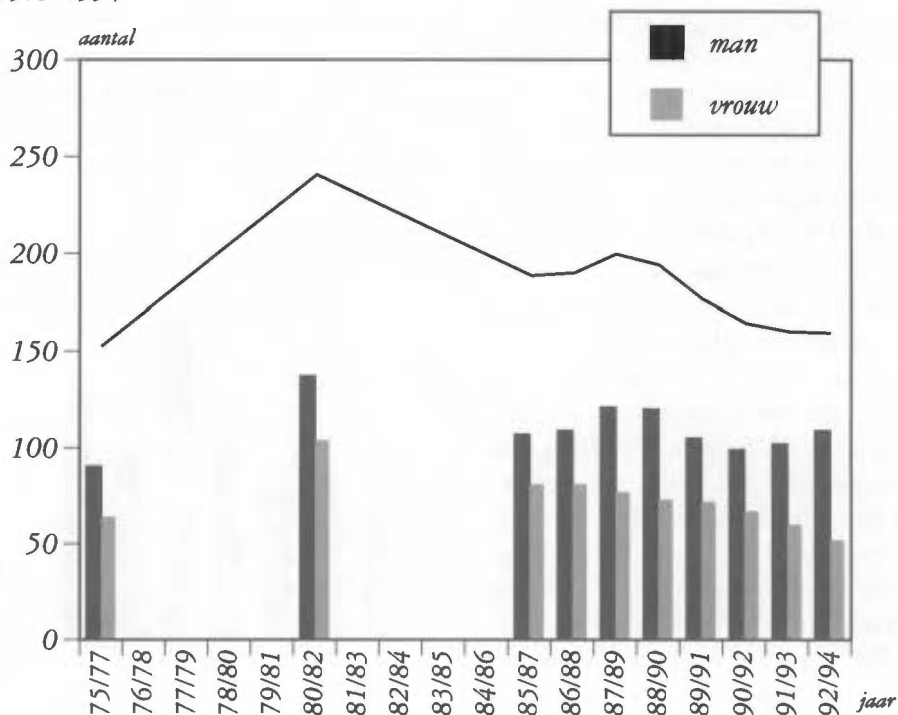
met 31 december 1994 vonden er in Den Haag in totaal 470 suïcides plaats, gemiddeld bijna zestig per jaar, in de verhouding 62% mannen en 38% vrouwen.

Het aantal suïcides verschilt van jaar tot jaar doorgaans merkwaardigerwijs weinig. Omdat we niet werken met grote getallen per jaar is niet waarschijnlijk dat de wet van de grote getallen de achtergrond van de gelijkmatigheid vormt. Blijkbaar spelen er sociaal-maatschappelijke en psychologische wetmatigheden in onze samenleving, op basis waarvan een tamelijk regelmatig voorkomen van suïcides tot stand komt.

Bij een bescheiden correctie voor 'toevallige' uitslagen - zie figuur 1 - tekent zich een voorzichtige dalende trend af over de periode 1987-1994, zij het dat vooral een afname van suïcides onder vrouwen hiervoor verantwoordelijk is. Inmiddels lijkt het wel duidelijk dat de piek in de Haagse suïcidecijfers uit het begin van de jaren tachtig (1982!), toen ook landelijk de hoogste naoorlogse suïcidecijfers werden geregistreerd (zie verder), een uniek fenomeen is geweest dat overigens nog steeds onvoldoende is verklaard. Nu (1994) is het niveau van twintig jaar geleden vrijwel weer bereikt, maar wel dient te worden aangetekend dat de bevolkingssamenstelling van Den Haag intussen ingrijpend is gewijzigd.

figuur 1

Aantal suïcides per drie-jaarsperiode naar geslacht.
Den Haag 1975-1994.



tabel 1

Absolute en relatieve suïcidecijfers (per 100.000 inwoners *) naar leeftijd en geslacht. Den Haag 1987-1994.

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abs.	Per 100.000	Abs.	Per 100.000	Abs.	Per 100.000
< 15 jaar	0	0	0	0	0	0
15-24 jaar	19	7,7	15	6,1	34	6,9
25-34 jaar	57	16,8	33	11,0	90	14,1
35-44 jaar	59	21,9	32	13,7	91	17,6
45-54 jaar	43	22,6	23	12,6	66	17,7
55-64 jaar	41	26,6	16	8,9	57	17,0
65-74 jaar	29	20,9	24	11,6	53	15,4
≥ 75 jaar	44	38,9	35	16,1	79	24,0
Totaal	292	17,1	178	9,7	470	13,2
(≥ 15 jaar)	292	20,4	178	11,3	470	15,6

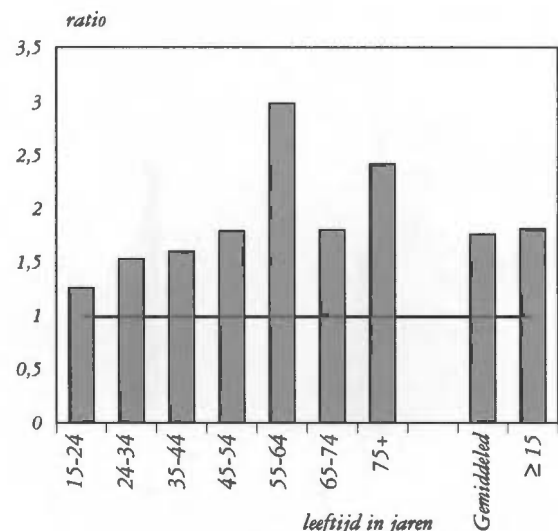
* Gerelateerd aan de gemiddelde bevolkingscijfers van 1 januari 1988, 1991 en 1994.

In tabel 1 wordt de absolute respectievelijk de leeftijdsspecifieke sterfte voor mannen en vrouwen weergegeven. Bij de mannen is het uit de epidemiologie van suïcide bekende min of meer lineaire positieve verband met de leeftijd (hoe ouder, des te vaker suïcide) herkenbaar. Overigens lijkt het absolute en relatieve aandeel van de oudste leeftijdsgroepen (vooral bij mannen) toe te nemen. In 1981 berekenden we een leeftijdsspecifieke sterfte voor mannen van 65 jaar en ouder van 19,3, zo'n 20% lager dan hetzelfde cijfer voor de mannelijke bevolking als geheel. Uit de tabel blijkt dat thans voor de oudste mannen een evenredig hoger sterftecijfer geldt. Bij de vrouwen vinden we een dergelijke omslag tussen 1981 en 1987-1994 niet (3). Voorts blijkt uit tabel 1 dat suïcide onder kinderen en jeugdigen nog steeds extreem zeldzaam is en onder jong-volwassenen allesbehalve frequent voorkomt. Het gaat immers voor de bevolking jonger dan 25 jaar om vier à vijf suïcides per jaar. Omstreeks 1980 waren deze aantallen beslist niet lager. Overigens gaf het CBS, afdeling Gerechtede Statistiek voor Nederland in 1980 als suïcidersterfte voor mannen: 18,4 en voor vrouwen 10,3 per 100.000 van de bevolking van 15 jaar en ouder (3)(4). Dezelfde bron geeft voor de vijfjaarsperiode 1980-1984 de volgende (hoogste) analoge ratio's voor Nederland: mannen 19,5; vrouwen 11,9 (5).

Een nadere beschouwing van de leeftijdsspecifieke sterfte door suïcide bij mannen en vrouwen (figuur 2) leert, dat de relatieve oversterfte bij de mannen vooral pregnant is boven de 45 jaar met als uitschieter de leeftijdscategorie van 55-64 jaar: deze laatste hoge man/vrouw ratio wordt natuurlijk ook in de hand gewerkt door de absoluut en relatief lage suïcidersterfte bij vrouwen in deze leeftijdscategorie. Vergelijking met recente landelijke

figuur 2

Man/vrouw ratio voor de verschillende leeftijdsgroepen Den Haag 1987-1994.



cijfers lijkt gewenst, vooral om na te gaan of maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de afname van de arbeidsparticipatie bij de mannen van deze leeftijdsgroepen, wellicht van invloed kunnen zijn (geweest).

Etno-culturele aspecten

Niet alleen is de leeftijdsopbouw van de Haagse bevolking in de verslagperiode niet stabiel geweest, ook de ontwikkeling naar een multiculturele stedelijke samenleving heeft zich nadrukkelijk doorgezet. Meestal op grond van incidentele voorvallen is in de afgelopen jaren herhaaldelijk gesuggereerd dat er een toename zou zijn van suïcides onder allochtone Hagenaars. In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de geregistreerde suïcides over de afgelopen zeven jaar, gerelateerd aan de etno-culturele achtergrond van de betrokkenen. Deze verdeling is vergeleken met het aandeel dat de desbetreffende ethnische groep in de totale Haagse bevolking heeft. Voor géén van de vier gewoonlijk onderscheiden allochtone bevolkingsgroepen kan van relatieve oversterfte ten opzichte van de Haagse bevolking als geheel worden gesproken. Dit geldt voor beide geslachten. Onder Hagenaars met een Turkse achtergrond is suïcide zelfs volstrekt zeldzaam. Over de 'overige' buitenlanders kan worden opge-

merkt dat zich onder hen waarschijnlijk een aantal 'suïcide-toeristen' heeft bevonden. Dit waren personen die niet echt in Den Haag woonden, maar zich in Den Haag ophielden teneinde zich in de anonimiteit van de grote stad te suïcideren. Voorts kunnen zeker enkelen van deze groep worden gekenschetst als ontheemden.

Middelen en methoden

Van oudsher bestaan er verschillen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de wijze waarop suïcide ten uitvoer wordt gebracht. Daarbij kan grofweg een onderscheid worden gemaakt in 'hardere' en 'zachtere' methoden om zich te suïcideren (6). Als 'zachtere' methoden worden aangemerkt: alle vormen van auto-intoxicatie (door medicijnen, vergif en bijvoorbeeld koolmonoxyde). De overige methoden, waaronder alle suïcides die met verminking gepaard gaan, worden wel 'hard' genoemd. Deze verdeling is tamelijk arbitrair, zeker als men denkt aan het drinken van zuiver azijnzuur, een daad die bepaald niet leidt tot een milde dood, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een pistoolschot door het hart.

De figuur 3 (blz. 28) laat zien dat 36% van de vrouwen, die zich suïcideerden, gebruik maakten van medicijnen of vergif tegen 18% van de mannen. Vier van de vijf mannen kozen voor hardere

tabel 2

Suïcides naar etno-culturele achtergrond in relatie tot deze bevolkingsopbouw voor mannen en vrouwen. Den Haag 1988-1994.

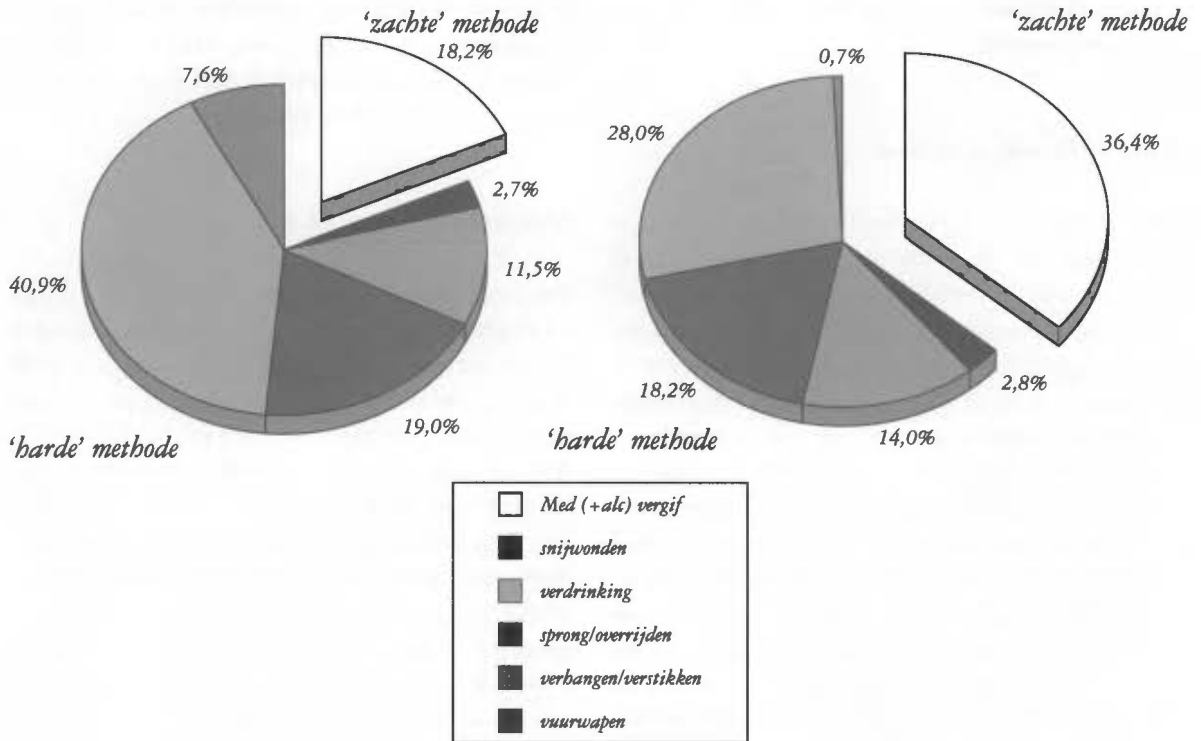
Etno-culturele achtergrond *	Mannen				Vrouwen			
	Abs.**	%	%	Bevolking (Abs.)	Abs.	%	%	Bevolking (Abs.)
Nederlands	207	81,2	76,1	(163.771)	121	82,9	81,3	(187.150)
Surinaams ¹⁾	19	7,5	7,9	17.105)	7	4,8	7,8	(17.841)
Antilliaans ²⁾	3	1,2	1,3	(2.886)	0	0	1,3	(2.935)
Marokkaans ³⁾	3	1,2	3,9	(8.381)	3	2,0	2,5	(5.708)
Turks ³⁾	2	0,8	5,2	(11.267)	0	0	3,0	(6.840)
Ov. buitenl. ³⁾	20	7,8	5,6	(11.997)	15	10,3	4,1	(9.334)
Totaal	254	100	100	(215.407)	146	100	100	(229.808)

* Bevolkingscijfers bron Burgerzaken: 1) o.b.v afkomst, geboorte en/of nationaliteit;

2) o.b.v. afkomst en/of geboorte; 3) o.b.v. nationaliteit

** 1 Onbekend

Procentuele verdeling suïcides naar middel/methode voor mannen en vrouwen.
Den Haag 1988-1994.



en als regel meer zekere methoden om het leven te beëindigen tegenover slechts twee van de vijf vrouwen. Het lijkt niet onaannemelijk dat een groter aantal vrouwen een daadwerkelijk bedoelde suïcide ziet mislukken door de aanzienlijk grotere kans op overleving na auto-intoxicatie in vergelijking met sommige andere methoden.

Naar verhouding overlijden in Den Haag door de jaren heen relatief weinigen door overrijding, mogelijk door het ontbreken van 'stille' spoortrajecten binnen de gemeentegrenzen. Verdrinking daarentegen komt, ondanks de aanwezigheid van veel water in en om de stad, veel minder vaak voor dan 10-15 jaar geleden. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat tegenwoordig vrijwel iedere Nederlander (ook het oudste deel van de bevolking) kan zwemmen.

Zorgwekkend is de mogelijke toename van het aantal suïcides met vuurwapens bij mannen (7,6%), zeker indien zulks het gevolg zou zijn van een toegenomen beschikbaarheid van dit middel (3)(4). Over 1980 meldde het CBS dat ongeveer 3% van de suïcide onder mannen in Nederland door middel van een vuurwapen was gepleegd.

Discussie

Voorzichtigheid is geboden bij iedere interpretatie van zelfmoordstatistieken, ook indien deze feilloos zijn samengesteld. De bundeling van gegevens van een per definitie zo buitengewoon heterogene groep als suïcideplegers is nog goed te doen voor tamelijk eenduidige factoren als leeftijd, geslacht en etno-culturele achtergrond. Het ordenen van gegevens met betrekking tot de psychosociale dynamiek die de achtergrond van de suïcide vormt geeft echter problemen. De heterogeniteit en psychosociale complexiteit van achtergronden is evident en laat zich zeer moeilijk in een onderzoeksstructuur persen. Men hoeft geen psychiater te zijn om moeite te hebben iets gemeenschappelijks te ontdekken in een jonge schizofreen, die onder invloed van bevelshallucinaties van een flat springt, en een bejaarde weduwe met een voortschrijdende maligniteit, die tabletten heeft gespaard om haar verdere aftakeling vóór te zijn. Ze zijn twee van de zestig Hagenaars, die in één jaar overlijden door suïcide. De andere 58 zijn ook (bijna) allemaal uniek.

Voor het thema suïcide lopen we dan ook tegen de grenzen van de mogelijkheden van kwantitatief

onderzoek aan. Kwalitatieve analyses op individueel niveau, voor zover mogelijk geaggregeerd op groepsniveau, vormen dikwijls de aangewezen weg om beter begrip te krijgen van suïcide of andere vormen van psychopathologie.

Een voorbeeld. Op 1 maart 1991 werd op last van de Minister van Justitie (en die van Volksgezondheid) de meldingsprocedure voor euthanasie zodanig aangepast, dat vanaf die datum de betrokken arts moest melden aan de lijkschouwer in plaats van aan de politie. Voor Den Haag had deze maatregel een dramatisch effect in die zin, dat de euthanasiemeldingen sprongsgewijs toenamen van 16 in 1990 via 24 in 1991 tot 36 in 1992. Stel nu dat deze toename in het aantal meldingen óók betekent dat het werkelijke aantal euthanasiegevallen is toegenomen (toch niet geheel denkbeeldig?), zou het dan mogelijk zijn dat wellicht *sommige* Hagenaars in 1992 euthanasie hebben 'ondergaan' die wellicht onder andere ('oude') omstandigheden suïcide zouden hebben gepleegd? Een niet onbelangrijke 'subgroep' van de suïcidanten bestaat uit chronisch c.q. ongeneeslijk zieken. Zou het zo zijn dat de regelgeving en/of de jurisprudentie inzake euthanasie indirect de suïcidecijfers beïnvloedt? Nader, langjarig onderzoek lijkt hiertoe vereist.

Hoe zit het trouwens met het probleem van onderrapportage? Vrijwel nooit registreren we suïcide in verzorgings- of verpleeghuizen. Men zou de vraag kunnen stellen of dit met de realiteit overeenkomt. Is men in dergelijke instellingen misschien minder kritisch bij het aangeven van overlijden en/of valt het niet of nauwelijks op als een verpleegde c.q. bewoner tabletten 'spaart'?

Welke andere externe invloeden zouden er kunnen zijn, die (ook) de Haagse suïcidecijfers doen bewegen? Met de in dit onderzoek verzamelde gegevens kan geen antwoord worden gegeven op dergelijke vragen. De relevantie van de antwoorden vraagt evenwel wel degelijk om nader onderzoek. We stellen ons voor hieraan bij gelegenheid in de kolommen van dit bulletin meer aandacht te besteden.

Conclusie en aanbevelingen

Ondanks alle voorbehoud dat werd gemaakt op grond van de beperkte gegevens en de uniciteit van iedere 'suïcidepleger' kunnen enkele conclusies worden getrokken, die zijn gebaseerd op onze

getalsmatige analyses.

- Het verschijnsel zelfmoord neemt in Den Haag al zeker vijf jaar niet meer toe en waarschijnlijk (geleidelijk) af. Zelfmoord onder vrouwen komt nog minder vaak voor dan vijf en tien jaar geleden.
- Er is geen enkele aanwijzing dat jongeren (= tieners) vaker zelfmoord plegen dan vijf of tien jaar geleden. Op deze leeftijd blijft zelfmoord zeldzaam als tevoren. Kinderen en (jonge) pubers overlijden in Den Haag *vrijwel nooit* door suïcide.
- Hagenaars in brede zin 'afkomstig' uit Suriname, de Antillen, Turkije of Marokko lopen eerder *minder* dan *meer* risico om door suïcide te overlijden in vergelijking met de autochtone Hagenaar.
- De relatie tussen het voorkomen van euthanasie en suïcide in Den Haag dient te worden onderzocht. Koppeling en vergelijking van registratiesystemen is daartoe één methode.
- Politie (en justitie) doen er goed aan hun medewerking aan dit suïcideonderzoek en de suïcideregistratie te heroverwegen c.q. te hervatten.

Literatuur:

1. Peerbolte D, Schudel WJ. Mortaliteit door suïcide in Den Haag, 1952-1987 (I): vergelijking met Nederland, de andere grote steden en de provincie Zuid-Holland. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 3: 25-31.
2. Schudel WJ, Peerbolte D. Mortaliteit door suïcide in Den Haag, 1977-1987 (II): vergelijking tussen wijken met een verschillend sociaal-economisch niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 4: 25-8.
3. Schudel WJ. Suïcide in Den Haag - 1981. *Epidemiol Bul Grav* 1982; 17 nr. 4: 9-13.
4. Schudel WJ. Suïcide in Den Haag - 1982. *Epidemiol Bul Grav* 1984; 19 nr. 3: 4-8.
5. Suïcidepreventie. Discussienota (BD 89-4) behorend bij het ontwerp-kerndocument gezondheidsbeleid. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1989.
6. Bijl R, Brunenberg W, Dijk P van e.a. Suïcide in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. NcGv-reeks 92-7. Utrecht 1992.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Gebitssanering 'neveninstromers'

Het project 'neveninstromers' maakt deel uit van het onderwijsproject ISK (Internationale Schakel Klassen) van het Johan de Wittcollege in Den Haag. 'Neveninstromers' zijn leerlingen van 12-18 jaar die vooral in het kader van gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen. In dit project worden ze voorbereid op de participatie in het regulier onderwijs of voor een plaats op de arbeidsmarkt. Deze leerlingen hebben in hun land van herkomst in hun eerdere levensjaren veelal niet de volgens Nederlandse maatstaven vereiste (preventieve) zorg op het terrein van de gezondheid gehad.

In 1994 heeft dit geleid tot de ontwikkeling van lesmateriaal over lichaamsverzorging en mondverzorging ten behoeve van neveninstromers in het voortgezet onderwijs. Dit materiaal is samengesteld door de afdelingen GVO (Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding), JZ (Jeugdzorg) en JTZ (Jeugd tandzorg) van de GGD Den Haag. Het lespakket is permanent aanwezig op de drie lokaties van de IKS.

De afdeling Jeugd tandzorg wil voor deze neveninstromers kosteloos een eenmalige inhaalactie gebitssanering bereiken, omdat deze leerlingen niet volgens de

ziekenfondsreglementen zijn gesaneerd.

Met subsidie van het ziekenfonds (50%) en 'Multiculturele Stad '94' (eveneens 50%) is in 1994 het project 'Gebitssanering neveninstromers 1994' van start gegaan. Alleen leerlingen die ziekenfondsverzekerd waren, konden hieraan meedoen. Na de gebitssanering moeten de leerlingen 'meelopen' in de ziekenfondsregeling. De collectief preventieve benadering van de JTZ moet ervoor zorgdragen dat de neveninstromers na deze sanering eigen verantwoordelijkheid dragen voor hun gebitsverzorging en ieder halfjaar naar de tandarts gaan.

Bij aanvang van het project stonden 417 leerlingen ingeschreven in de ISK, verspreid over drie lokaties in de stad. Per lokatie werd een jeugd tandzorgcentrum aangewezen. Na selectie volgens een afgesproken procedure werden 234 leerlingen als deelnemer aangemeld. Hiervan werden uiteindelijk 114 gesaneerd. De 120 niet gesaneerde leerlingen waren of ten onrechte geselecteerd (geen ziekenfonds-patiënt, stonden al ingeschreven bij een tandarts) of kwamen niet (meer) op de afspraak.

Al tijdens het project is gebleken dat bij een vervolg zeker meer zorg aan de voorselectie zal moeten worden besteed. Ook moet aandacht worden gegeven aan de lokatie van het behandelcentrum. Bekeken zal worden om behandelcentra in de 'eigen

buurt' te zoeken. Het probleem daarbij is echter de overbelasting van juist deze centra. Daarom zal gezocht worden naar mogelijkheden om het project door huistandartsen te laten uitvoeren.

Inmiddels is bekend dat ook voor 1995 'Multiculturele Stad' subsidie verstrekt voor de tweede groep van het project 'Gebitssanering neveninstromers'.

Project Integrale Psychogeriatrische Zorg Escamp

Op 1 mei 1995 is in het stadsdeel Escamp het project Integrale psychogeriatrische zorg van start gegaan. Dit project richt zich op psychogeriatrische patiënten, die in het stadsdeel Escamp wonen, met een B-indicatie voor opname in het verpleeghuis. Deze patiënten en hun centrale verzorgers wordt de mogelijkheid geboden gebruik te maken van een geïntegreerd zorgaanbod vanuit RIAGG Zuidhage, Thuiszorg Den Haag en verpleeghuis Sammersbrug. Doel van het project is de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren, evenals de centrale verzorging thuis om zo mogelijk opname in het verpleeghuis uit te stellen. Het project heeft een looptijd van één jaar.

Nadat de RIAGG het indicatieadvies heeft uitgebracht en de indicatie is vastgesteld gaat de casemanager die voor het project is aangesteld bij de patiënt op huisbezoek. Patiënt en centrale verzorger worden geïnfor-

meer over de mogelijkheden van het geïntegreerde zorgaanbod. Indien ze dat wensen maakt de casemanager een voorlopig zorgplan dat is afgestemd op de specifieke situatie van de patiënt. Onderdelen hiervan kunnen zijn: huishoudelijk hulp, begeleiding door RIAGG, intermitterende opname in het verpleeghuis, deelname aan activiteiten en/of maaltijden in het verpleeghuis, ondersteuning van de centrale verzorger, enz. Over het voorlopige zorgplan overlegt de casemanager met de huisarts en de betrokken zorgaanbieders, waarna het definitief wordt vastgesteld en uitgevoerd. In het project heeft de huisarts de mogelijkheid disciplines uit het verpleeghuis in consult te roepen.

Om inzicht te krijgen in de zorgconsumptie van de patiënten tijdens het project en in de gevolgen voor de kwaliteit van leven van patiënt en mantelzorg is aan het project een evaluatieonderzoek verbonden dat wordt uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Utrecht.

Nadere informatie: Mw. A. van Haastrecht, casemanager (tel. 070 - 321 33 34) en Mw. M. van Leeuwen, projectleider, stafarts Thuiszorg Den Haag (tel. 070 - 342 95 36).

Aangifte infectieziekten

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

senaar/Zoetermeer). Benmaal per jaar wordt de opgave per regio 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 over het tweede kwartaal 1995.

De gemelde febris typhoidea-patiënt liep de besmetting op tijdens verblijf in Marokko.

Van de 3 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten, allen *Shigella Flexneri*, werden 2 patiënten besmet tijdens een reis in India. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend.

Er werden 14 hepatitis A-patiënten aangegeven. Van 7 patiënten bleef de bron onbekend. Van 6 patiënten vond de besmetting binnen een gezin plaats. Later werd nog een vriendje van dit gezin besmet.

Van de 3 gemelde malaria-patiënten waren 2 woonachtig in West-Afrika (*Plasmodium Ovale*). Deze patiënten hadden nooit profylaxe genomen. Een patiënt (*Plasmodium Vivax*) was op vakantie in Pakistan en had geen profylaxe genomen.

Van de 5 gemelde meningococcosis-patiënten kregen alle familieleden profylaxe. Om paniek te voorkomen werd direct met de scholen contact opgenomen.

Er werd 1 ornitosis-patiënt gemeld. Hiervoor werd de Veterinaire Inspectie gewaarschuwd. Bij deze patiënt waren circa 54 duiven aanwezig. Een duif werd wegens ziekte afgemaakt. De

patiënt werd geadviseerd om in overleg met de dierenarts de duiven te laten behandelen.

De bron van de gemelde Q-koorts-patiënt was waarschijnlijk een bezoek aan een vee-markt in Egypte.

Van de 23 gemelde scabies-patiënten vonden de meeste besmettingen plaats binnen gezinsverband.

Van de 21 gemelde voedselvergiftiging-patiënten werden 7 besmet door het eten van filet Americain. Na het eten van een Chinese maaltijd werden 3 patiënten in een gezin besmet. In alle gevallen werd de Keuringsdienst van Waren ingeschakeld. Van de andere patiënten bleef de bron onbekend.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. A.R.J. Brouwer;

Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);

Mw. M. van Leeuwen (Thuiszorg);

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

Mw. G.J. Wijkmans;

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

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1995 1e kw	1995 2e kw	1995 3e kw	1995 4e kw	1994 t/m 2e kw	1995 t/m 2e kw	
mens	inhalatie	difterie (B)							
		lepra (B)	2					2	
		meningococcosis (B) *	4	6			10	10	
		morbilli (B)					69		
		(atyp.) pertussis (B) **	1				4	1	
		rubella (B)					1		
		tuberculosis (B)	30	20			57	50	
		parotitis epidemica (C)		2			4	2	
		sexueel contact	gonorrhoea (C)	35	28			67	63
			syfilis prim./sec. (C)	1	2			5	3
			syfilis congenita (C)						
		sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	5				1	5
			HIV-infectie/Aids (1) ***	3	3			4	6
		faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
hepatitis A (B) (3)	25		15			16	40		
dysenteria bacillaris (B) (3)	1		5			3	6		
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	55	25			56	80		
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	3	2				5	
		Q-fever (B) (5)		1				1	
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)							
		febris recurrens (B)							
		gele koorts (B)							
		malaria (B)	6	5			8	11	
		typhus exanthematicus (B)							
	beet/speeksel	rabies (A)							
		pest (A)							
	aantaking	anthrax (B)							
		tularemia (B)							
brucellosis (B) (5)									
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1				1	1	
		consumptie							
		cholera (B)							
		trichinosis (B)							
		voedselvergiftiging (B)	2	21			21	23	
		febris typhoidea (A)	1	1			2	2	
		paratyfus B (B)					1		
		botulisme (B) (6)							
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1						1	
	wondcontact (water/grond/beet)								
rototaal		173	133			326	306		

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