

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Stand van zaken suikerziekte bij Hindostanen

Project 'Over de Drempel'

Indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn

epidemiologie

Kenmerken van gokverslaafden in ambulante zorg

Het kinderpsychiatrische screenconsult

Testen op HIV-antistoffen

korte berichten

jaargang 31, 1996

nummer 3

Colofon

September 1996
31ste jaargang nr. 3

Redactie

drs. R.B.M.R. Bakker, *Westeinde Ziekenhuis*
mw. I. Burger, *sector GGD/MZ*
mw. F.L. van Leeuwen, *arts,*
Stichting Thuiszorg Den Haag
mr. H.R. Lingen, *sector GGD/MZ*
mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*
B.J.C. Middelkoop, *arts, sector GGD/MZ*
dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),
sector GGD/MZ
drs. E. Pieters, *Riagg Noordhage*
prof.dr. W.J. Schudel, *sector GGD/MZ*
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
sector GGD/MZ
m.m.v. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en A. Pols

Redactieadres

Dienst Welzijn,
sector GGD en Maatschappelijke Zorg
Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 7196
fax.: 070 - 353 7294

Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Helton Van Haeringen & Kon.Drukkerij De Swart, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn, sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

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. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

Inhoud

Volksgezondheid

- Suikerziekte bij Hindostanen
De stand van zaken
B.J.C. Middelkoop 1
- Project 'Over de Drempel'
Vrijwilligers bezoeken mensen in extreem
vervuilde woonsituaties en sociaal isolement
Mw. M. Klazinga 3
- Op weg naar een op elkaar afgestemde
indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn
in Den Haag
A. Opstelten en W.J. Vroege 6

Epidemiologie

- Kenmerken van gokverslaafden in ambulante zorg
Een Haagse inventarisatie
P. Meulenbeek en Mw. J. Gorter 11
- Het kinderpsychiatrische screenconsult
Een specialistisch diagnosticum nader bekeken
M. Broekman en Th.A.H. Doreleijers 16
- Testen op HIV-antistoffen
Informatie over de GGD-testgesprekken
*Mw. F.E. de Jongh-Wieth, Mw. E. Tonino-
van der Marel, Mw. A.B.A. Broodbakker en
B.J.C. Middelkoop* 21

- Korte berichten** 26

Suikerziekte bij Hindostanen

De stand van zaken

B.J.C. Middelkoop

Het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin was geheel gewijd aan het hoge voorkomen van diabetes onder Hagenaars van Hindostaanse afkomst. Behalve op dit veelvuldige voorkomen werd de aandacht ook gevestigd op de ernstige complicaties van diabetes, zoals hart- en vaatziekten, nier-aandoeningen, oogziekten enzovoorts. Wat is tot nu toe met deze informatie gedaan? Een overzicht van de ondernomen activiteiten.

De special over suikerziekte heeft veel aandacht gekregen in de dagbladers en op radio en televisie. Mede hierdoor is binnen de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag de nodige onrust ontstaan. Om mensen de mogelijkheid te bieden hierover vragen te stellen is op 20 juni 's middags een publieksbijeenkomst gehouden in het, in het hart van de Schilderswijk gelegen, Volksbuurtmuseum. Op deze bijeenkomst waren zo'n 160 Hindostanen aanwezig; een ongeveer even groot aantal kon de bijeenkomst niet bijwonen omdat de zaal meer dan vol was. Voor laatstgenoemden is een tweede bijeenkomst belegd. Deze vond plaats op 27 juni 's avonds in de sporthal van de Houtzagerij. Beide bijeenkomsten zijn voornamelijk aangekondigd via de lokale Hindostaanse radiozenders.

De opzet van de bijeenkomsten was identiek. Eerst lichtte mevrouw G. Ramsaransing de resultaten van het door de GGD uitgevoerde prevalentie-onderzoek toe. Vervolgens gaf W. Bharos een beeld van zijn ervaringen als huisarts met de problematiek van suikerziekte onder Hindostanen. Hier sloot mevrouw N. Geelhoed-Duijvestijn op aan met haar ervaringen als internist in het Westeinde Ziekenhuis. Mevrouw A. Ragay, diabetesverpleegkundige van de Stichting Thuiszorg vertelde ten slotte een en ander over de wijze waarop de diabeteszorg in de eerste lijn in Den Haag is georganiseerd.

De bijeenkomsten verliepen daarna bijzonder levendig. Vanuit de zaal werden vele vragen gesteld. De strekking van de vragen was deels van algemeen belang, zoals: 'Hoe voorkomt een Hindostaan dat

Over de auteur:

B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag.



De publieksbijeenkomst in de sporthal van de Houtzagerij.

hij/zij diabetes krijgt?' Naarmate de tijd vorderde werden de vragen specifiek: 'Heb ik tranende ogen omdat ik diabetes heb?'. Hoewel er nog steeds vragen bleven komen is beide keren na ruim twee uur de bijeenkomst afgesloten. In totaal zijn via deze weg ongeveer driehonderd Hindostanen bereikt.

De ervaringen opgedaan tijdens de publieksbijeenkomsten leren dat het in principe heel goed mogelijk is de problematiek van diabetes onder Hindostanen in het openbaar te bespreken. Dit in tegenstelling tot de bestaande indruk dat dit enigszins een taboe-onderwerp is. De publieke bijeenkomst voorziet in een behoefte, hetgeen niet automatisch betekent dat voor een ieder een dergelijke grootschalige algemene bijeenkomst de meest geëigende vorm is informatie over diabetes te krijgen en/of tot (gezamenlijke) gedragsverandering ten aanzien van diabetes te komen.

Verder zijn tijdens de bijeenkomsten contacten gelegd met onderzoekers die zich eveneens bezig (willen gaan) houden met dit thema.

De uitkomsten van het prevalentie-onderzoek zijn door twee GGD-onderzoekers ook gepresenteerd op een congres van de Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt (SRS) op 28 juni jl. dat geheel in het teken stond van suikerziekte onder allochtonen.

Interventieproject

De grootschalige aandacht die er binnen en buiten de Hindostaanse gemeenschap is geweest voor het onderwerp diabetes onder Hindostanen biedt een goede voedingsbodem voor een interventieproject.

Hieraan geeft de GGD - naast het lopende onderzoek naar de therapietrouw en voedingsgewoonten van Hindostaanse vrouwen in Den Haag - dan ook prioriteit, boven verdergaand etiologisch onderzoek en boven onderzoek naar het beloop van suikerziekte onder Hindostanen. Dat neemt niet weg dat de GGD zich wel degelijk realiseert dat dergelijke onderzoeken nodig zijn en wil daaraan zo mogelijk ook bijdragen leveren.

Er wordt dus gekozen voor een op interventie gericht project. Omdat de meest voor de hand liggende risicofactoren, die door mensen zelf kunnen worden beïnvloed, liggen op het gebied van de voedings- en bewegingsgewoonten, wordt hiermee gestart. Dergelijke veranderingen ten gunste hebben een algemene relevantie voor de Hindostaanse gemeenschap wat betreft het - ten minste - uitstellen van het optreden van diabetes. Een belangrijk onderdeel van het project zal bestaan uit de vertaling van de Richtlijnen Goede Voeding in voedingsadviezen die zijn toegesneden op de Hindostaanse cultuur en voedingsgewoonten. Deze adviezen zullen in de praktijk op haalbaarheid worden getoetst en zondig aangepast.

Voor dit diabetes-preventieproject is subsidie aangevraagd. Teneinde nog dit jaar van start te kunnen gaan levert de Gemeente Den Haag een overbruggingsbijdrage. Voor een goede inbedding van het project in de reguliere preventie en zorg is een projectgroep gevormd waarin vertegenwoordigers zitten van de zijde van de huisartsen en internisten, van de Diabetes Vereniging Nederland, de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum (STIOM), een directeur van een verzorgingshuis en vertegenwoordigers van de GGD en de Stichting Thuiszorg.

Wanneer de preventieve campagne slaagt kunnen te zijner tijd de aanpak, methoden en gebruikte en ontwikkelde materialen ter beschikking komen van andere steden en instellingen in den lande.

Project 'Over de Drempel'

Vrijwilligers bezoeken mensen in extreem vervuilde woonsituaties en sociaal isolement

Mw. M. Klazinga

Het is een bekend fenomeen in de grote stad. Gevallen van totaal geïsoleerde buurtbewoners, die op den duur zo vervuilen dat ze een ware 'plaag' voor de omgeving worden. Puur professionele hulp blijkt veelal niet haalbaar, omdat adequaat ingrijpen te tijdrovend is. In 1994 is daarom in Den Haag het project 'Over de Drempel' begonnen. Vrijwilligers investeren zo'n acht uur per week in een vertrouwens relatie met deze veelal schizofrene of alcoholistische mensen. Dat blijkt te werken!

Rosalie 55 jaar, schizofreen, leeft geïsoleerd, alleen en eenzaam. Ze bewoont de parterre van een groot herenhuis in een nette buurt. Haar enige contacten zijn haar vier katten, die voor een geweldige stank zorgen en haar duiven, die ze binnenshuis houdt. Haar leven wordt beheerst door waanideeën, achterdocht. Op grond waarvan ze haar ramen met hardboardplaten heeft geblindeerd. Ze woont op de kale vloer, heeft geen meubilair en nauwelijks sanitaire voorzieningen. Het is er erg vies.'s Nachts schreeuwt ze regelmatig om de stemmen die ze hoort te bezweren en ze beplakt ramen aan de buitenkant met briefjes, waarop angstaanjagende teksten staan. De buurt bestempelt haar gedrag als asociaal en wanneer er, doordat er een kaars omvalt brand ontstaat, is de maat voor de omgeving vol. De politie wordt ingeschakeld, neemt kennis van de situatie en meldt haar aan bij de GGD.

Sinds 1 juli 1990 werkt bij de GGD Den Haag een coördinator Hygiënische Probleemsituaties. Tot op heden (1 juli 1996) zijn bij haar ongeveer zevenhonderd ernstige tot zeer ernstige vervuilingssituaties aangemeld. Ruim de helft van de bij de vervuilingen betrokken bewoners heeft een psychiatrische stoornis en/of kent ernstige alcoholproblematiek (1)(2). Hoewel de samenwerking in de vorm van een gecoördineerde aanpak tussen diverse gemeentelijke instanties (Politie Haaglanden, Dienst Stadsbeheer, Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten en de Dienst Stedelijke Ontwikkeling) en particuliere instellingen (RIAGG'en, Algemeen Maatschappelijk Werk, Thuiszorg Den Haag en kerkelijke instellingen) in de loop der jaren steeds verder is geoptimaliseerd, blijft herhaling van ernstig vervuilde situaties geregeld voorkomen. Naar schatting vervalt een kwart tot een derde van de 'vervuilers' binnen een periode van één à twee jaar weer in de oude gewoonte. De indruk bestaat dat dit vooral geldt voor de categorie (ex-)psychiatrische patiënten en alcoholverslaafden. Kennelijk slagen deze mensen er niet in hun sociaal isolement te doorbreken en hun maatschappelijk onaangepaste gedrag te wijzigen. Mogelijk speelt ook een rol dat vroegere contacten met reguliere hulpverleners tot teleurstellingen hebben geleid waardoor enige terughoudendheid is ontstaan hulp te vragen en te aanvaarden.

Samenwerken met vrijwilligers

Teneinde het relatief grote aantal recidieven te beperken en vanuit de overtuiging dat het anders zou moeten kunnen, is twee jaar geleden gekozen voor een nieuwe benadering. Het idee is ontwikkeld om bij de bewuste doelgroep met inzet van vrijwilligers op

Over de auteur:

Mw. M. Klazinga, psychiater, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/IMZ, Dienst Welzijn Den Haag.

een meer informele manier ingang te krijgen. Deze benadering is geconcretiseerd in het zogenoemde project 'Over de Drempel', dat in 1994 in Den Haag van start is gegaan. Dit project is conform de formulering van de projectomschrijving 'gericht op het voorkómen van overlast, veroorzaakt door ernstige vervuilingssituaties van mensen, die in een isolement zijn geraakt op grond van een psychiatrische handicap of een ernstige alcoholverslaving'. De gemeente Den Haag heeft enige jaren terug het proces van Maatschappelijk Herstel in gang gezet. Hulpverleningsinstellingen verplichten zich hierin meer en beter samen te werken teneinde diverse hulpvragers weer perspectief te bieden. In dit kader heeft de Haagse GGD contact gezocht met het Gereformeerd Instituut voor Kerk en Samenleving (GKS), dat ervaren en deskundig is op het gebied van samenwerking met en gebruikmaking van vrijwilligers; daaruit is het eerste vrijwilligersproject voor de desbetreffende doelgroep in Nederland ontstaan.

Na het verkrijgen van de benodigde financiën (subsidie in het kader van Maatschappelijke Herstel) en de garantie om twee jaar aan de slag te kunnen blijven is in het najaar van 1994 via artikelen in week-, wijk- en kerkbladen gestart met het werven van vrijwilligers. Dertig vrijwilligers meldden zich aan en twaalf van hen bleven over na een periode van intensieve intake-gesprekken. Na het volgen van een gedegen training, mede verzorgd door Riagg Noordhage en Centrum Verslavingszorg Zeestraat, is iedere vrijwilliger individueel bij een 'passende' cliënt geïntroduceerd. Inmiddels hebben drie van deze trainingen plaatsgevonden en bestaat de groep vrijwilligers momenteel uit negentien mensen: dertien vrouwen en zes mannen in de leeftijd variërend van 25 tot 65 jaar. Een aantal vrijwilligers is het afgelopen jaar gestopt met het project vanwege het vinden van een betaalde baan.

Aan de begeleiding van de vrijwilligers wordt intensief aandacht en tijd besteed. De begeleidingsgroep, vanuit het project 'Over de Drempel', bestaat uit de coördinator Hygiënische Probleemsituaties (GGD), een maatschappelijk activeringswerkster (GKS), een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (GKS) en een sociaal psychiater (GGD). In vrijwilligersvergaderingen, die eens per vier weken plaatsvinden, krijgen de vrijwilligers de ruimte om hun ervaringen met de cliënt(en) die ze bezoeken, en alle activiteiten

daaromheen, te vertellen. Het enthousiasme is telkenmale groot en de creatieve interventies van de ene vrijwilliger kunnen weer als voorbeeld dienen voor de andere vrijwilligers. Behulpzaamheid, veelal in praktische zin, van vrijwilligers onderling in lastige situaties wordt als grote steun ervaren. Afgezien van de grote vrijwilligersvergadering krijgen de vrijwilligers de gelegenheid om eens in de twee weken, in kleinere groepjes, de problematiek van alledag waar men tegenaan loopt te bespreken. Voor situaties die een acute oplossing vereisen, is de begeleidingsgroep dagelijks bereikbaar. Dit is van groot belang om zo de vrijwilliger het gevoel te geven dat ze niet alleen voor hun moeilijke taak staan.

Voor hun inzet krijgen de vrijwilligers per kwartaal een vergoeding van f 125,-. Voor extreme onkosten die soms ten gunste van een cliënt moeten worden gemaakt, wordt een beroep gedaan op gelden, die vanuit fondsen - meestal van kerkelijke instellingen - beschikbaar zijn gesteld.

Nieuwe impulsen

Richten we onze blik weer op de praktijk, dan zien we dat juist vrijwilligers een gemakkelijke ingang hebben bij de cliënten. Ze hoeven niets en bekijken wat er mogelijk is. Dit is één van de voordelen in vergelijking tot een hulpverlener die vanuit zijn professionele deskundigheid bepaalde eisen aan de cliënt moet stellen. De grote tijdsinvestering die, zeker in het begin, nodig is voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt is beter inpasbaar en haalbaar binnen het vrijwilligerswerk. Tot op dit moment heeft 'Over de Drempel' 45 cliënten in haar bestand. Naar de mening van de cliënt dan wel van de bezoeker kan bij vijftien bewoners van een verbeterde kwaliteit van leven worden gesproken en zijn de bezoeken stilgelegd. Er zijn vijf uitvallers waarbij, ondanks de diverse pogingen, géén blijvend contact tot stand is gekomen. De overige cliënten vallen nog onder de zorg van de vrijwilligers. Iedere vrijwilliger heeft één à twee cliënten onder zijn of haar hoede en besteedt daar gemiddeld acht uur per week aan.

Natuurlijk staat niet iedere cliënt te juichen als bij hem of haar een vrijwilliger wordt geïntroduceerd, maar de ervaringen binnen het project bevestigen dat enige bemoeizorg zinvol is. Veel mensen willen het liefst zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, maar als de manier waarop ze dat doen zowel



problemen oplevert voor hen zelf als voor de omgeving, kan een vrijwilliger een onmiskenbare bijdrage leveren om een beter leefbaar bestaan op te bouwen. Ieder contact tussen vrijwilliger en cliënt heeft zijn eigen verhaal. Het enige gemeenschappelijke is de vervuiling. Van de creativiteit van de vrijwilliger wordt veel gevraagd. Hoe maak je contact, hoe inventariseer je de nood en wat pak je aan? Dat het aanpakken in alle rust moet gebeuren en niet in de sfeer van 'even lekker opschieten en schoonmaken', leerde een uitspraak van één van de eerste cliënten na 'haar' schoonmaak: 'Ik voel me als een insect waarvan de vleugels zijn afgeknipt'. Toen was een moment van bezinning op zijn plaats. In een andere situatie werd in een paar maanden tijd een zolder-etage ontdaan van vierhonderd zakken huisvuil en drie volle containers. De vrouw in kwestie kon moeilijk scheiden van haar verzamelde spulletjes, maar de keuze tussen zelfstandig blijven wonen en opname gaf de doorslag. Samen met de vrijwilligster zijn er voortdurend keuzes gemaakt, met als originele insteek: 'Ik gooi niets van u weg dat u niet wilt, maar ik vind juist véél dingen voor u terug die u kwijt was'. Inmiddels speelt cliënte weer met veel vreugde feilloos de 'Moulin Rouge' op haar harmonium dat onder de rommel vandaan is gekomen en tevens heeft ze, onder het waakzame oog van de vrijwilligster, zelf een afspraak gemaakt bij de orthopeed omdat ze zo slecht ter been was. Nu staat ze op de wachtlijst voor een heupoperatie, hetgeen eigenlijk vijf jaar geleden had moeten gebeuren.

Rosalie, de cliënte uit het begin van dit verhaal, werd ook bezocht door een vrijwilligster. De achterdocht waarmee ze zich aanvankelijk presenteerde nam geleidelijk af toen, met behulp van een medevrijwilliger, belangeloos allerlei karweitjes werden opgeknapt in de totaal uitgewoonde woning. Er

kwam een wastafel, de keukenafvoer werd hersteld en kasten van bouw pakketten in elkaar gezet, die al jaren in de gang stonden. De ramen, die met planken waren dichtgetimmerd, werden afgeplakt met plastic strips zodat er meer licht in de duistere kamers viel en cliënte zich toch onbespied achtte.

Dankzij het project 'Over de Drempel' is Rosalies isolement doorbroken en heeft ze nu twee mensen die ze vertrouwt en waardoor ze in staat is verder te leven in haar huis. Zoals al eerder is opgemerkt: Ieder contact kent zijn eigen boeiende verhaal! Het werk van 'Over de Drempel' is uiterst zinvol gebleken. Eenvoudige, hartelijke betrokkenheid van de vrijwilligers, samen met een doeltreffende praktische aanpak, werkt. Op basis van de vertrouwensrelatie die ontstaat tussen cliënt en vrijwilliger is het mogelijk de weg vrij te maken voor noodzakelijke reguliere hulpverlening, zoals van de psychiater, de wijkverpleging, de huisarts of de maatschappelijk werker. Ook de omgekeerde situatie doet zich in toenemende mate voor: de Riagg of Thuiszorg Den Haag heeft een cliënt in behandeling voor hen dermate problematisch is dat ze - in overleg - een beroep doen op de mogelijkheden van 'Over de Drempel'. De vervuilingssituatie blijft echter de eerste indicatie.

De landelijke bekendheid die het project inmiddels via artikelen in kranten, tijdschriften of uitzendingen op radio en televisie heeft verkregen, zorgt ervoor dat op diverse plaatsen in Nederland, bij de GGD'en, initiatieven tot navolging worden ontplooid.

In Den Haag loopt de in 1994 gestarte en in het kader van Maatschappelijk Herstel gesubsidieerde projectfase binnenkort af. Gezien het succes van deze aanpak wordt in gemeentelijk verband op dit moment gezocht naar wegen om ook in de toekomst financiering van het project 'Over de drempel' te garanderen.

Literatuur:

1. Schudel WJ, Bakker van der Knaap M. Wat heet vuil?: Hygiënische probleemsituaties in de praktijk. 1991; 26 nr. 16-8.
2. Bakker-van der Knaap M, Schudel WJ, Luijendijk C. Over vervuiling en zelfwaarlozing: hygiënische probleemsituaties in Den Haag 1990-1992. 1992; 27 nr. 3: 25-8.

Op weg naar een op elkaar afgestemde indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn in Den Haag

A. Opstelten en W.J. Vroege

Het aantal ouderen, gehandicapten en chronisch zieken neemt toe. Tegelijkertijd wordt er steeds meer de voorkeur aan gegeven de betrokkenen zelfstandig te laten wonen. Over de toewijzing van de voorzieningen die daarbij zijn vereist, buigt zich een waaier van instanties. Het moeten 'shoppen' bij al die loketten is een zware belasting voor juist die mensen, wie dat niet gemakkelijk af gaat. Den Haag is een heel eind op de weg om daar iets aan te doen.

De laatste jaren zijn belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen gaande die de indicatiestelling voor wonen, zorg en welzijn meer op de voorgrond plaatsen. Demografische cijfers laten zien dat we te maken hebben met een toenemend aantal ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Ten gevolge van een groeiende vraag is het aanbod aan hulpmiddelen en aanpassingen voor gehandicapten en zorgverlening sterk in beweging. Een steeds groter aanbod kan evenwel leiden tot een toename van procedures en tot sociaal, medisch en ergonomisch onderzoek vanuit diverse 'loketten'. Anderzijds verandert de aard van de zorgvraag eveneens. Daardoor ontstaat een nieuwe schaarste op deelgebieden vanwege een toenemende kloof tussen zorgvraag en beschikbare middelen.

De indicatie-advisering wordt een belangrijke rol toegedacht in het formuleren van nieuwe, passende antwoorden op de algemene behoefte, langer zelfstandig te blijven wonen en functioneren. Ook in het Haagse ouderenbeleid staat deze gedachte centraal. Om aan de behoefte, langer zelfstandig te blijven te kunnen voldoen is voor velen de toekenning van extra voorzieningen of middelen noodzakelijk. Hiervoor is uiteraard een indicatie-advies nodig. De regelgeving voor en de uitvoering van deze adviseringen is in het verleden steeds verder gedifferentieerd geraakt. Zo kennen we aparte indicatiestellingen voor opname in verpleeghuizen, plaatsing in een verzorgingshuis of een aanleunwoning, voor woningaanpassing en hulpmiddelen in huis, voor rolstoelen en vervoerskosten, voor thuiszorg, huisvestingsurgenties, parkeren en voor bijzondere bij-

Over de auteurs:

A. Opstelten, hoofd van de afdeling Indicatie-adviseringen secretaris van de Indicatiecommissie Den Haag en W.J. Vroege, hoofd afdeling Sociaal Medische Advisering, Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag. (Beiden maakten deel uit van de Werkgroep Indicatie-adviseurs, ingesteld door het Project Modernisering Ouderenzorg). Het artikel is geschreven op persoonlijke titel.

stand, Hier is een diversiteit aan instellingen bij betrokken. Van de klant uit gezien kan dit leiden tot onaangename hindernissen en verrassingen. Aan de aanbodzijde levert dit overlap, ondoelmatigheid en belangentegenstellingen op.

In dit artikel gaan we eerst in op de knelpunten die zich in de huidige werkwijze voordoen en aansluitend op de ontwikkelingen in de Haagse politiek en op de werkvloer die oplossingen moeten bieden.

Van het kastje naar de muur ...

Mevrouw A is een dame van 75 jaar. Ze is gehandicapt, wil aangepast gaan wonen en begeeft zich naar een voor haar voor de hand liggend 'loket'.

Loket 1 eerste keer: Mevrouw A vraagt om een urgentieverklaring voor een andere woning op de begane grond.

Loket 2 eerste keer: Beoordeling medische noodzaak van de urgentie voor de herhuisvesting.

Loket 1 tweede keer: Onderzoek door een sociaal rapporteur.

Loket 3 eerste keer: Mevrouw A vraagt in verband met toekenning van de huisvestingsurgentie om een verhuiskostenvergoeding.

Loket 4 eerste keer: Beoordeling medische noodzaak verhuiskostenvergoeding.

Loket 3 tweede keer: De klachten worden ernstiger. Mevrouw A vraagt om een rolstoel.

Loket 2 tweede keer: Beoordeling medische noodzaak rolstoel.

Loket 4 tweede keer: De specificaties van de te verstrekken rolstoel worden opgenomen.

Loket 4 derde keer: De rolstoel wordt afgeleverd. Een proefrit wordt gemaakt.

Loket 3 derde keer: Mevrouw A is inmiddels verhuisd, maar na verloop van tijd blijkt de woning niet geheel te voldoen. Ze vraagt om aanpassing van haar woning.

Loket 2 derde keer: Beoordeling medische noodzaak van de gevraagde aanpassingen.

Loket 4 vierde keer: Huisbezoek om de specificaties van de aanpassingen op te nemen.

Loket 5 eerste keer: Uitvoering woningaanpassing. Huisbezoek van ambtenaren, aannemers en medewerkers van woningbouwcorporatie.

Loket 6 eerste keer: Mevrouw A vraagt om een parkeervak voor het huis.

Loket 2 vierde keer: Beoordeling medische noodzaak parkeervak voor het huis.

Loket 7 eerste keer: Mevrouw A vraagt om thuiszorg.

Loket 8 eerste keer: Mevrouw A dient een aanvraag in voor plaatsing in een verzorgingshuis. Beoordeling medische noodzaak en vaststelling indicatie.

De casus is gedeeltelijk bedacht maar verre van denkbeeldig, zo getuigen diverse dikke dossiers bij de GGD en de andere indicerende instanties. Over een periode van een paar jaar was mevrouw A zeventien keer genoodzaakt zich vanwege haar handicap te vervoegen bij acht verschillende 'loketten'. Wellicht klopte ze gedurende die periode ook verscheidene keren aan bij het verkeerde loket. Ze vulde in ieder geval vele formulieren in, werd diverse keren naar een dokter gestuurd, kreeg verpleegkundigen, ergotherapeuten, bouwkundigen en maatschappelijk werkers over de vloer. Wie weet duurde het soms ook lang, te lang. Verkeerde loket, dossier zoek, medewerker ziek, oplopende werkvoorraden, enzovoort. Ondertussen werd mevrouw A behalve moedelozer ook steeds bozer omdat haar almaar dezelfde vragen werden gesteld.

De meeste indicatieprocedures voorlopen voor spoedig en er wordt deskundig geïndiceerd. Maar al met al bestaan er voor een situatie als van mevrouw A te veel loketten. Want als iemand een voorziening nodig heeft waarbij verschillende indicerende instellingen zijn betrokken (bijvoorbeeld de indicatie 'opneming in een verpleeghuis' en gedurende de wachttijd 'extra thuiszorg'), dan wordt in de huidige situatie twee maal onderzoek gedaan en twee maal een uitspraak gedaan. Hetzelfde doet zich voor als een aanvrager niet wordt geïndiceerd voor de door hem/haar gevraagde voorziening, maar een alternatief wordt gekozen (bijvoorbeeld de indicatie 'opneming in een verzorgingshuis' wordt niet nodig geacht omdat de hulpvraag in de thuissituatie door 'thuiszorg' of 'voorzieningen' kan worden opgelost). Doordat er zoveel loketten zijn starten aanvragers soms verschillende procedures tegelijk (de cliënt gaat 'shoppen'), in de hoop in ieder geval ergens voor in aanmerking te komen. Doordat de verschillende loketten zich allemaal bedienen van gescheiden administraties, onder andere vanwege privacy-redenen, komt dit niet altijd boven tafel. Daardoor kan het voorkomen dat iemand vrijwel tegelijkertijd twee of meer indicaties krijgt waarvan de verstrekkingen elkaar overlappen of soms elkaar zelfs bijten (bijvoorbeeld iemand vraagt een traplift aan en staat tegelijkertijd op de wachtlijst voor een aanleunwoning).

Er zou al heel veel gewonnen zijn wanneer de verschillende indicatie-adviseurs zouden samenwerken. Deze samenwerking wordt echter bemoeilijkt omdat iedere instantie een eigen indicatiesysteem met eigen criteria kent. Het ontbreekt als het ware aan een gemeenschappelijke taal. Hierdoor ontstaat een grote diversiteit aan gegevensverzamelingen. Uitwisseling van dossiers (als dat al gebeurt) levert vaak weinig bruikbaar materiaal op omdat de begrippen niet uniform worden gehanteerd en de beschikbare gegevens te weinig zijn toegespitst op de actuele vraag.

Aan de zijde van de indicatie-instellingen, als geheel gezien, kan worden gesproken van een grote mate van ondoelmatigheid. Men zou gebruik kunnen maken van elkaars gegevens opdat overbodige adviesprocedures kunnen worden geëlimineerd (in ieder geval gedeeltelijk). Aan de andere kant zou differentiatie van instellingen naar specialisatie en/of procesfasen ook een aanzienlijke kwaliteits- en efficiëntieverbetering kunnen opleveren. Reden genoeg om de huidige ontwikkelingen in Den Haag, die deze problemen trachten op te lossen, onder de loep te nemen.

Ontwikkelingen in Den Haag

Den Haag tracht al geruime tijd de indicatiestellingen meer op elkaar af te stemmen. Bij de begrotingsbehandeling eind 1994 heeft de Gemeenteraad de wens geformuleerd om tot een maximale afstemming van indicaties in de ouderen- en gehandicaptenzorg te komen. Dit standpunt leidde in maart 1995 tot het tekenen van een convenant tussen Nuts Zorgverzekeringen en de gemeente Den Haag. Beide partijen spreken daarin uit te streven naar een breed op elkaar afgestemde, onafhankelijke indicatiestelling. Dus niet alleen voor AWBZ-voorzieningen, die door het verbindingskantoor worden gefinancierd, maar ook voor verstrekkingen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) waarvan het budget wordt beheerd door de gemeentelijke Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten (DSZW).

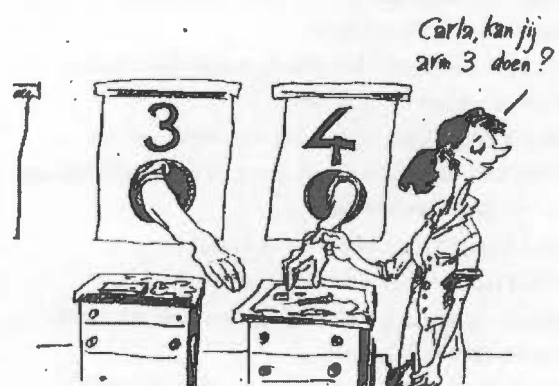
Wat is inmiddels bereikt?

Een aantal jaren geleden vonden de indicatieprocedures voor respectievelijk gezinsverzorging en wijkverpleging bij gescheiden instellingen plaats. Momenteel is binnen de Stichting Thuiszorg Den Haag

de indicatie al een relatief onafhankelijk proces, waarin alle vormen van thuiszorg op elkaar afgestemd worden geïndiceerd. Aanvragen voor ouderenzorg (alleen aanleunwoningen) en aanvragen voor opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis komen allemaal terecht bij één Indicatiecommissie. Verder werken de Stichting Thuiszorg Den Haag en de Indicatiecommissie al geruime tijd samen ten einde samenhang te brengen in de indicaties voor zorg aan huis en de indicaties voor zorg in instellingen. Dit gezamenlijk optrekken heeft geleid tot betere samenwerking 'op de werkvloer' en tevens (in 1994) tot het maken van de eerste formele afspraken betreffende een begrippenkader en samenwerking rond gemeenschappelijke cliënten.

Nu de samenwerking goed verloopt wordt de volgende stap gezet in de vorm van op elkaar afgestemde indicatiestelling voor alle vormen van zorg. Dit wordt momenteel getest in twee stadsdelen van Den Haag, waar de verschillende indicatieadviseurs elkaar wegwijs maken in de verschillende zorgvormen en de indicatiestelling van elkaar kunnen overnemen. Dubbele behandeling van aanvragen wordt meer en meer vermeden.

Aangezien de voorzieningen voor gehandicapten ook beschikbaar zijn voor ouderen, is de verwachting reëel dat er overlap gaat ontstaan tussen de bestanden van de Indicatiecommissie, de GGD (afdeling Sociaal Medische Advisering) en de DSZW. De dossiers van de Indicatiecommissie zullen in een aantal situaties zowel bruikbaar zijn voor een aanvraag in het kader van de WVG als voor andere voorzieningen, waardoor herhaald onderzoek wordt vermeden. Op initiatief van wethouder Luijten is begin 1996 de gezamenlijke huisvesting gerealiseerd van de afdeling Voorzieningen Gehandicapten van de DSZW, een deel van de afdeling Sociaal Medische Advisering van de GGD alsmede het ondersteunend bureau



van de Indicatiecommissie (de afdeling Indicatie Advisering van de GGD) in de 1e Van der Kunstraat in Den Haag. Nu al zien we dat dit verbeteringen oplevert op het vlak van overleg, consultatie, afstemming en dossieroverdracht, alsmede van samenwerking op het gebied van automatisering, temeer daar ook Zorg Voorzieningen Nederland NV (ZVN) in dit pand is gehuisvest. Ook deze instelling verricht voor Den Haag (en omstreken) diverse WVG-taken.

Hoe nu verder?

Ten gunste van een goede afstemming van indicaties voor voorzieningen, wonen en zorg is dus al het een en ander gebeurd. Maar om verschillende acties goed te kunnen bundelen is centrale sturing noodzakelijk. Een goede basis daartoe is het reeds eerder genoemde convenant tussen Nuts Zorgverzekeringen en de gemeente Den Haag. Dit convenant is de basis van het project 'Modernisering ouderenzorg' dat is gestart in juni 1995 en onder leiding staat van een stuurgroep waarin de twee betrokken financiers (zorgverzekeraar en gemeente) participeren. Een (ambtelijke) projectgroep trekt de moderniseringskar. De reikwijdte van het convenant betreft echter alleen ouderen. Uit het oogpunt van een op elkaar afgestemde indicatiestelling is dat te beperkt. Op termijn houdt een keuze voor een bepaalde leeftijdscategorie immers geen stand: 50% van de 75-plussers redt zich zelfstandig, zonder hulp en 50% van de mensen met een ernstige handicap is jonger dan 65 jaar. Daarnaast omvat het convenant evenmin het aspect 'wonen'. Ook dat beperkt het streven naar meer afstemming en efficiency, omdat er regelmatig een relatie kan bestaan tussen de aspecten 'wonen' en 'zorg'. Bijvoorbeeld wanneer er een keuze moet worden gemaakt tussen verhuizen of een woning aanpassen. Ondanks de formele afwezigheid in het convenant worden de oudere leeftijdsgroepen en het aspect 'wonen' echter wel degelijk bij de in gang gezette ontwikkelingen betrokken.

Regulering

Zowel voor de inhoud van het indicatie-onderzoek als voor de totstandkoming van de indicatiebeoordeling moeten regels en procedures worden geformuleerd in een (openbaar) 'indicatieprotocol'. Aan dit protocol werken momenteel verschillende deskundigen. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij de activiteiten van het Breed Indicatie Overleg (BIO), een samenwerkingsverband van de landelijke koepels

van zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, patiënten/consumenten en indicatie-adviseurs. Verwacht wordt dat het Haagse deel in ieder geval in conceptvorm gereed is in het najaar van 1996.

Een goed geordende gegevensverzameling door hulpverleners is een voorwaarde voor een goede hulpverlening en versterkt het professionele handelen. Bepaalde algemene gegevens zijn daarnaast onmisbaar voor planning, management en beleidsontwikkeling. Het gestructureerd vastleggen van beperkingen impliceert dat er in beginsel van elke cliënt maar één dossier hoeft te zijn. Bij iedere nieuwe aanvraag wordt hiervan gebruik gemaakt. Waar mogelijk dient op basis van 'de stukken' (vanuit het dossier) in principe een indicatie te kunnen worden gesteld. En nieuwe aanvragen moeten kunnen worden beoordeeld in relatie tot het reeds toegewezen. Dit klinkt heel logisch, en is eigenlijk een open deur, maar in de praktijk geldt dit allerminst. Schrijvers van bovenstaand protocol hebben wat de te gebruiken 'taal' betreft hun keuze laten vallen op International Classification of Impairments, Disabilities en Handicaps). Verder bestudeert men de mogelijkheden om te komen tot uniforme, geautomatiseerde dossiervorming onder gezamenlijk beheer van de indicerende organisaties.

Er moet nog een organisatorische en bestuurlijke vorm worden ontwikkeld die verdere verbetering mogelijk maakt, die recht doet aan de posities van de verschillende partijen en tevens de noodzakelijke autonomie gegarandeerd. Hierover is uiteraard het laatste woord nog niet gesproken. In elk geval heeft de Sector GGD/MZ van de Dienst Welzijn op basis van het convenant tussen Nuts Zorgverzekeraars en de gemeente Den Haag het initiatief genomen om nog in 1996 over te gaan tot samenvoeging van het merendeel van de GGD-indicatie-activiteiten. Dit 'indicatiebureau in de steigers' wordt georganiseerd rondom de indicatiethema's 'wonen', 'voorzieningen' en 'zorg'. Intensieve samenwerking van dit bureau in wording met de verschillende andere betrokken partijen brengt per saldo een betere afstemming een stuk naderbij.

Minder loketten in de praktijk

De indicatiestelling in Den Haag en omstreken is dus volop in beweging. Wat betekenen deze ontwikkelingen en plannen nu concreet voor mevrouw A? De casus zou er in de nieuwe (overgangs)situatie als volgt uit kunnen zien.

Loket 1 eerste keer: Mevrouw A is gehandicapt en wil meer aangepast wonen. Ze vraagt aan een woningbouwvereniging om een andere woning op de begane grond met urgentieverklaring.

Loket 2 eerste keer: Beoordeling van de sociale en medische noodzaak van de urgentie voor herhuisvesting. Tegelijkertijd wordt beoordeeld of betrokkene in aanmerking komt voor een verhuiskostenvergoeding. Indien van toepassing wordt dit doorgegeven aan...

Loket 3: (Mevrouw A heeft geen actie te nemen).

Loket 3 eerste keer: De klachten worden erger mevrouw A vraagt om een rolstoel.

Loket 2: Omdat de handicap reeds bekend is kan de medische noodzaak voor de rolstoel worden vastgesteld zonder mevrouw A te zien.

Loket 4 eerste keer: De specificaties van de te verstrekken rolstoel worden opgenomen.

Loket 4 tweede keer: De rolstoel wordt afgeleverd. Een proefrit wordt gemaakt.

Loket 3 tweede keer: Mevrouw A is inmiddels verhuisd, maar na verloop van tijd blijkt de woning niet geheel te voldoen. Ze vraagt een aanpassing van haar woning.

Loket 2 tweede keer: Men heeft informatie van de vorige aanvragen, maar gaat op bezoek bij mevrouw om de zaken goed door te spreken. Tijdens het bezoek blijkt dat niet alleen de woning moet worden aangepast, maar dat ook een parkeervak voor haar huis nodig is en daarnaast heeft mevrouw A behoefte aan zorg. De gegevens en de indicatie-adviezen worden doorgegeven aan:

Loket 5 en Loket 6.

Loket 4 derde keer: De technische specificaties van de woningaanpassing worden via een huisbezoek opgenomen.

Loket 3: Medewerkers van deze instelling bewaken de uitvoering van de woningaanpassing en begeleiden de bezoeken van aannemers en medewerkers van de woningbouwcorporatie.

Loket 2 derde keer: Mevrouw A dient een aanvraag in voor plaatsing in een verzorgingshuis. Invullen van een nieuw formulier is niet nodig, mevrouw is nog bekend bij het Indicatiebureau, dat na huisbezoek de indicatie stelt.

Bij de aan het begin van dit artikel gepresenteerde casus had mevrouw A totaal 17 keer met acht verschillende loketten te maken. Het lijkt - zelfs bij deze ingewikkelde casus - realiseerbaar dat mevrouw A in plaats van met acht daadwerkelijk slechts met vier instellingen te maken heeft (exclusief de 'papierene' contacten bij twee instanties). Waartoe ze zich slechts negen keer (was zeventien keer) hoeft te wenden. Voor mevrouw A zal dit al met al een verbetering zijn.

Ten slotte

De rijksoverheid is bezig bevoegdheden en risico's over te hevelen naar partijen in het veld. Financiers zullen streven naar meer doelmatigheid. Vanuit de cliënt gezien is er een 'recht op aanspraken'. Deze discrepantie zal moeten worden opgelost op lokaal/regionaal niveau. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben er wederzijds belang bij om tot een goede afstemming te komen. Enerzijds vervult indicatiestelling, volgens de terminologie van Van der Grinten, een 'rantsoenerings-functie'. Anderzijds moeten we er voor oppassen, zoals Schrijvers stelt, niet bezig te zijn als "een portier van een kermist die naar gelang de toeloop het bordje 'vol' ophangt of het publiek naar binnen lokt".

Een meer samenhangende, geïntegreerde en *onafhankelijke* indicatie-adviesing is ons inziens het instrument waarmee het aanbod aan wonen, voorzieningen en zorg zinvol kan worden toegesneden op de omstandigheden van het individu (zorg-op-maat). Geïntegreerde indicatiestelling leidt niet alleen tot meer cliëntvriendelijkheid, maar ook tot meer samenhang tussen beleid en uitvoering alsmede tot een doelmatiger besteding van de beschikbare middelen. Met deze doelstellingen voor ogen zullen de gemeentelijke activiteiten in het kader van de indicatie-adviezen eind 1996 optimaal zijn georganiseerd.

Geraadpleegde literatuur:

- Nota Ouderenbeleid. Hoofdafdeling Ouderen, Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, oktober 1995.
- Sturen op Doelen: vertrekpunten voor sport, zorg en welzijn. Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, juli 1995.
- Grinten TED van der. Sturen met indicaties: zijn we er klaar voor? Gezondheidszorg en Management 1993; nr. 11.
- Thiel E van. Eén toegang tot de zorg is wenselijk. Zorg en Ondernemen, vaktijdschrift ouderenzorg 1995; nr. 6.
- Een indicatie voor samenhang, handreiking voor geïntegreerde indicatiestelling. Gezamenlijke uitgave van Kontaktorgaan voor Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren, Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland, oktober 1995.
- Kemenade YW van, Vos P, Veen EB van. Indicatiestelling en zorg op maat. In: APJ Schrijver (red). Toegang tot de zorg, indicatiestelling in soorten en maten. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- Werkgroep van indicatie-adviseurs. Geïntegreerde indicatiestelling voor voorzieningen, wonen en zorg in Den Haag: een verkenning. Project Modernisering Ouderenzorg. Den Haag, december 1995.
- Wolffensperger EW. Indicatie, informatie en zorgverlening. In: APJ Schrijver (red). Toegang tot de zorg, indicatiestelling in soorten en maten. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.

Kenmerken van gokverslaafden in ambulante zorg

Een Haagse inventarisatie

P. Meulenbeek en Mw. J. Gorter

Gokverslaving vormt een snel groter wordend probleem. Den Haag zou nu tussen 2500 en 6000 gokverslaafden tellen. Het Centrum Verslavingszorg Zeestraat probeert deze groep te helpen, maar de problematiek is ook voor de hulpverlening betrekkelijk nieuw. Wat zijn de kenmerken van gokverslaving en wat moet daarbij het aanbod van zorg en preventie zijn? Een verkenning van de literatuur, de preventiemogelijkheden en het beleid van de overheid.

Sinds 1990 behandelt het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag behalve mensen met alcohol- en drugsverslaving ook mensen met gokproblemen. Bij de Sector Ambulante Zorg en Reclassering (AZR, voorheen Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs) stonden eind 1994 495 mensen ingeschreven met gokverslaving als primaire problematiek (in 1991 waren dit er veertig). Een groeiend aantal, dat momenteel ongeveer een tiende van de totale cliëntenpopulatie van de Zeestraat omvat. Behalve bij het Centrum Verslavingszorg Zeestraat zien we ook bij instellingen voor verslavingszorg in andere steden een toenemende hulpvraag in verband met gokverslavingsproblemen.

Er bestaan sterk uiteenlopende schattingen over het percentage gokverslaafden dat momenteel bij de verslavingszorg in behandeling is. Ze lopen uiteen van 8% tot 20% (1). Op basis van deze schattingen zou Den Haag ongeveer 2500 tot 6000 gokverslaafden hebben.

Gokverslaafden zijn in de hulpzoekende verslavingspopulaties betrekkelijk nieuw. Het Centrum Verslavingszorg Zeestraat deed daarom onlangs onderzoek naar de kenmerken van gokverslaafden die bij deze instelling hulp hadden gezocht, met het doel het zorg- en preventieaanbod te verbeteren. Van dit onderzoek wordt hier kort verslag gedaan ¹⁾.

Het fenomeen gokverslaving

Sharpe en Tarrier stellen dat gokverslaving wordt aangeleerd via operante en klassieke conditionering (2). Gokkers zouden worden bekrachtigd in hun gedrag door een combinatie van fysiologische reac-

¹⁾ P. Meulenbeek en Mw. J. Gorter. Kenmerken van hulpvragende gokkers. Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Den Haag, februari 1996. Belangstellenden kunnen het rapport opvragen bij Centrum Verslavingszorg Zeestraat; telefoon 070 - 352 21 71.

Over de auteurs:
P. Meulenbeek, psycholoog en Mw. J. Gorter, psycholoog, beiden werkzaam bij het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag.

ties, zoals verhoogde hartslag, huidgeleiding en spierspanning die de gokker interpreteert als opwinding. Deze opwinding wordt tijdens het gokken geassocieerd met de kans op winst die daarmee ook een bekrachtiger vormt om door te gaan met gokken. Gokverslaafden geloven ook na een verlies in de waarschijnlijkheid van winst. Of iemand verslaafd raakt aan gokken wordt volgens Sharpe en Tarrrier mede bepaald door de aan- of afwezigheid van effectieve gedragsvaardigheden om problemen op te lossen (copingvaardigheden). De complexe interactie tussen fysiologische componenten, cognities en gedrag die geassocieerd raken met het gokken vormt de basis van het ontstaan van gokproblemen.

Gokverslaafden blijken ook weinig ontwikkelde vaardigheden te hebben in het zoeken van persoonlijke of emotionele steun. Daarbij komt dat het gokken vaak gepaard gaat met een patroon van liegen over hun gedrag en over de gevolgen daarvan wat het zoeken van steun bij anderen niet stimuleert (3).

Wat is onderzocht?

Zestig aselekt gekozen mensen met als primaire hulpvraag gokverslavingsproblematiek die zich van oktober 1994 tot juli 1995 hebben aangemeld bij òfwel de sector AZR afdeling Den Haag, dan wel Delft, òfwel de polikliniek van de sector Klinische Zorg in Den Haag, kregen aan het eind van de intake informatie over het onderzoek en werden om medewerking gevraagd, waarop de meesten positief reageerden. Uiteindelijk hebben 52 cliënten *) aan alle onderdelen mee kunnen doen. Alle deelnemers voldeden aan de diagnose 'pathologisch gokken' volgens de DSM III-R (4). Spoedig na de intake werden bij de respondenten vier vragenlijsten afgenomen:

- Addiction Severity Index (ASI-R), met uitbreiding van het deelgebied 'Gokken' (5);
- Utrechtse Copinglijst (UCL) (6);
- Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) (7);
- Vragenformulier Gokonderzoek.

De *ASI-R* is een semi-gestructureerd interview waarmee de aard en de ernst van de problematiek op diverse met verslaving samenhangende leefgebieden in kaart kunnen worden gebracht. Cliënten kunnen aangeven in hoeverre ze bij deze problemen behoefte aan hulp hebben. Op basis van deze informatie maakt de interviewer via een gestandaardiseerde

procedure voor elk leefgebied een schatting van de ernst van de problematiek. De *ASI-R* bestaat uit de volgende deelgebieden: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcohol- en druggebruik, justitie/politie, sociale relaties en psychische/emotionele klachten.

De *UCL* meet copinggedrag. Coping is de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel reageert op een gebeurtenis die aanpassing vereist. De *UCL* onderscheidt zes copingstijlen. Hieronder vallen zowel effectieve gedragsmechanismen (zoals problemen actief en energiek oppakken, doordacht handelen en/of anderen raadplegen) als weinig effectieve gedragsmechanismen (zoals problemen vermijden, passief en impulsief gedrag).

De *SIG* is een in Nederland ontwikkelde vragenlijst bedoeld om spannings- en vermijdingsaspecten van interpersoonlijk gedrag te meten. In de *SIG* worden vormen van sociaal gedrag beschreven; er wordt gevraagd naar het angstniveau en de frequentie waarmee iemand het beschreven gedrag uitvoert. De subschalen zijn: uiten van negatieve gevoelens; uiten van positieve gevoelens; uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid; zichzelf kenbaar maken.

Het *Vragenformulier Gokonderzoek* is ontwikkeld door het Centrum Verslavingszorg Zeestraat zelf, waarbij de vragenlijst van Niewijk en Laros als leidraad is gebruikt (8). Het bevat de volgende aandachtsvelden:

- determinanten van gokgedrag;
- antecedente en consequente factoren die het gokken in stand houden;
- cognities voor en tijdens het gokken;
- lichamelijke en psychische klachten;
- behandelgeschiedenis;
- meningen over gemeentelijke maatregelen om gokverslaving terug te dringen.

De uitkomsten van het onderzoek zijn in veel gevallen gebaseerd op combinaties van antwoorden op deze vier vragenlijsten.

Uitkomsten van het onderzoek

Persoonlijke kenmerken

De gemiddelde leeftijd van de gokverslaafde is bij aanmelding dertig jaar (de jongste is 17 jaar en de oudste 68 jaar). Het merendeel is man (83%), ongehuwd (77%) en autochtoon (87%). Een derde

*) Vier aanmelders hebben hun medewerking zonder reden geweigerd. Eén had geen tijd voor het onderzoek en drie deden in eerste instantie wel mee maar verschenen herhaaldelijk niet op afspraken.

van de deelnemers is inwonend bij ouders, een derde leeft samen met partner, met of zonder kinderen en 23% is alleenstaand. Het opleidingsniveau varieert hoofdzakelijk van LBO tot MBO. Iets minder dan de helft is in loondienst en de overigen ontvangen meestal een uitkering. In het halfjaar voor aanmelding hebben de meesten wel betaald werk gehad, maar velen onder hen zijn ook gedurende enige tijd werkloos geweest, hetgeen zou kunnen wijzen op veel wisselende banen.

De helft van de deelnemers begint voor het zeventiende levensjaar met gokken en gaat dit regelmatig doen tussen het 21ste en 24ste jaar. Drie kwart van de gokcliënten speelt alleen. Ze spelen zo'n drieëneenhalf uur per keer. De meesten (86%) doen dit een paar keer per week tot iedere dag. Het gokken begint men meestal in een snackbar/cafetaria. Er wordt vooral op fruitautomaten buiten het legale casino gegokt (81%). Dit betekent dat de gokcliënt vooral in de gokautomatenhal, de snackbar en/of het café gokt.

Vier van de vijf heeft de maand voor aanmelding gegokt en hier gemiddeld f 833,- per maand aan besteed. Bij aanmelding heeft 73% van de cliënten schulden. De hoogte hiervan bedraagt gemiddeld vijftienduizend gulden. Van de gokverslaafden heeft 10% zich de maand voorafgaand aan de aanmelding gemiddeld vijftien dagen beziggehouden met illegale activiteiten om aan geld te komen. Eén op de vijf deelnemers is door het gokken in contact gekomen met justitie (het gaat dan met name om diefstal en fraude/verduistering). Geen van de gokverslaafden gebruikt heroïne en/of methadon regelmatig. Wel drinkt een kwart flink alcohol (drie maal per week minimaal vijf glazen).

Sociale en psychische kenmerken

Gokcliënten melden zich voor hulp omdat ze niet zelf kunnen stoppen met gokken, ze financiële problemen hebben of problemen met ouders/partner. Een meerderheid van de gokcliënten is ontevreden over de vrijetijdsbesteding. Maar vooral worden de ernstige problemen met familie en/of partner genoemd. Enige hulp bij deze problemen is geïndiceerd en wordt door de gokcliënten gewenst. Opvallend is de veelheid en ernst van de psychische en emotionele klachten. Van de gokcliënten is 31% ooit daarvoor in behandeling geweest. Drie personen zijn opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ). Voor bijna de helft (48%) van de gokcliënten geldt dat er belangrijke gebeurtenissen in hun leven zijn geweest waar ze in psychisch opzicht nog steeds veel last van ondervinden. Hierbij blijkt dat vaak het verliezen van (één van) de ouders (door overlijden of scheiding) als belangrijke traumatische gebeurtenis wordt genoemd.

Tabel 1 geeft een overzicht van het percentage gokcliënten dat ooit in het leven, respectievelijk de maand vóór aanmelding, een periode heeft gekend met psychische, emotionele klachten op een aantal gebieden. Veel gokcliënten hebben, volgens de ASI-R, perioden gekend van depressiviteit (73%), van gespannen of angstig zijn (60%) en/of van concentratieproblemen (58%). Daarnaast bleken ze vaak impulsief en snel geïrriteerd of boos. Afhankelijk van de klacht heeft één op de twee tot één op de vijf deze klachten ook gedurende de maand voor aanmelding gehad. Zowel zichzelf als de interviewer vinden hulp hierbij belangrijk. Verder zijn de gokcliënten, naar

tabel 1

Percentage gokcliënten met een periode met psychische dan wel emotionele klachten 'ooit in het leven' en 'de maand vóór aanmelding'. Centrum Zeestraat, oktober 1994 tot juli 1995.

Aard psychische of emotionele klacht	Ooit in het leven %	De maand voor aanmelding %
Gespannen/angstig	73	50
Depressief	60	42
Moeite met concentreren	58	33
Moeite om agressie onder controle te houden	39	19
Serieuze zelfmoordgedachten	33	8
Medicijnen voor psychische klachten	17	8
Zelfmoordpoging gedaan	8	6
Hallucinaties	4	-

het oordeel van de intakers, gemotiveerd om tot gedragsverandering te komen.

Kenmerken van gokverslaving

'Beginnersgeluk' wordt vaak als één van de determinanten voor gokverslaving gezien. De helft heeft in het begin 'enigszins' tot 'veel' winst geboekt. Een kwart geeft aan een familielid te hebben met gokverslavingsproblemen. Verveling, het avontuur of de kick en het ontvluchten van problemen zijn de meest genoemde redenen om te gaan gokken.

Voor of tijdens het gokken kan er bij een meerderheid van de gokcliënten worden gesproken van irrationele gedachten die de behoefte aan gokken kunnen vergroten. Vooral de gedachte geld (terug) te winnen komt vaak voor.

Twee derde van de gokcliënten noemt het verlies (65%), de schulden (71%) dan wel de problemen met ouders/partner (62%) als meest onaangename effect van het gokken. Als positieve effecten worden vooral de winst (48%) en de afleiding van problemen en zorgen (54%) genoemd. De mate van spanning in diverse sociale situaties (SIG) en de frequentie van sociaal vaardig gedrag in deze situaties blijken nauwelijks te verschillen van een doorsnee populatie. In vergelijking met de normgroep (mannen tussen 19 en 65 jaar) scoort de gokcliënt hoog op de copinggebieden palliatieve reactie (afleiding zoeken door zich met andere zaken bezig te houden), vermijden/afwachten en passief reactiepatroon (niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen en zich volledig door de problemen in beslag laten nemen). De gokcliënten laten zich meer dan gemiddeld door de problemen in beslag nemen en zien de zaken somber in. Ze gaan moeilijke situaties uit de weg en zoeken afleiding en ontspanning. Dit is overeenkomstig de theorie van Sharpe en Tarrier (2).

Preventieve maatregelen

De deelnemers aan het onderzoek verwachten dat vermindering van het aantal fruitautomaten of beperking van het aantal plaatsen om te gokken evenals het geven van voorlichting over gokken (bijvoorbeeld op scholen) effectieve methoden zijn om het aantal mensen dat in problemen komt door het gokken te verminderen. Daarentegen verwachten ze in deze nauwelijks wat van het beperken van de hoogte van de winstuitkering of van de hoogte van de inzet dan wel van beperking van de speelduur. Evenmin verwachten ze veel wanneer het horecapersoneel gokkers aanspreekt op hun gedrag.

Bespreking

Uit het voorgaande kan inderdaad worden vastgesteld, zoals ook Sharpe en Tarrier uiteenzetten, dat er bij gokverslaving kan worden gesproken van een complexe interactie tussen copingvaardigheden (probleemoplossend gedrag), cognities en consequenties van het gokken. Kwetsbaarheid (onder andere door weinig effectief copinggedrag, geringe impulscontrole en irrationele cognities) kan het risico van het ontwikkelen van gokgedrag verhogen. De stimuli (verveling, problemen, winst) die worden genoemd, de gevolgen van verliezen (schulden, problemen met ouders/partner, schuldgevoelens en dergelijke) en de consequenties van winnen (kick, avontuur en spanning) vormen bekrachtigers om door te gaan met gokken.

Behandelingsmogelijkheden

De behandeling van gokcliënten dient zich onder meer te richten op verandering in gedrag door probleemoplossende vaardigheden aan te leren, cliënten te leren omgaan met geld (cursus budgetteren) en een goede tijdsbesteding te stimuleren. Daarnaast kan met zelfcontroleprocedures de impulscontrole worden vergroot, waardoor de gokcliënt minder snel terugvalt in zijn of haar gokgedrag. Verder is het zinvol dat in het behandelaanbod aandacht wordt besteed aan het uitdagen van irrationele cognities, bijvoorbeeld door objectieve informatie te geven over de werking van een fruitautomaat. Binnen de behandeling is voor de gokcliënt ook hernieuwde sociale ondersteuning van belang. Dit kan worden bereikt door de familie en/of de partner te betrekken bij de behandeling en hen te leren op welke wijze conflicten kunnen worden opgelost zodat ze de gokcliënt adequate ondersteuning kunnen bieden. Ook kan sociale ondersteuning worden verkregen binnen een groepsbehandeling, waarbij herkenning van het gokprobleem en leren van elkaar belangrijke elementen zijn.

Preventiemogelijkheden

Waar zijn preventiemogelijkheden aanwezig? In de eerste plaats bij het gokspel zelf. Hierbij valt te denken aan het minder gemakkelijk en aantrekkelijk maken van het gokken:

- spelmogelijkheden op een fruitautomaat verminderen;
- veranderen van beloningsstructuur (vaak een beetje uitkeren);



Sticker voor op het gokapparaat.

- verminderen van de licht- en geluidseffecten;
- het gokspel zo aanpassen dat men minder snel de indruk krijgt bijna te hebben gewonnen.

In de tweede plaats zijn er interventiemogelijkheden ten aanzien van de persoonlijke risicofactoren. Aangezien irrationele gedachten over het gokspel vaak voorkomen en van invloed zijn op het ontstaan en voortduren van gokverslaving wordt de volgende aanbeveling gedaan: voorlichting over de werking van het gokspel, zowel op scholen, in jeugdcentra en via de media als bij het gokspel zelf. Ten aanzien van het laatste valt te denken aan bijvoorbeeld informatie op een fruitautomaat waarin duidelijk wordt gemaakt dat het om een gokspel en geen behendigheidsspel gaat en hoeveel het spelen op het apparaat gemiddeld per uur kost (zie bovenaan deze pagina).

Het gokken begint vaak op zeer jeugdige leeftijd. Jongeren zijn nog niet zo bekend met het aanwenden van de effectieve copingvaardigheden als volwassenen. Bovendien zijn jongeren erg beïnvloedbaar en kwetsbaar. Gokken kan een gedragsstijl worden ten koste van andere, effectievere copingvaardigheden die dan ook onderontwikkeld kunnen raken. Aandacht hiervoor van de ouders en de leerkrachten kan gokverslaving mogelijk voorkomen.

Aan interventiemogelijkheden ten aanzien van de sociale risicofactoren wordt het volgende aanbevolen. Bij ingrijpende gebeurtenissen op jeugdige leeftijd moet men bedacht zijn op mogelijke signalen die kunnen wijzen op probleemgedrag. Vroegtijdige interventies kunnen erger voorkomen. Zorgen voor een goede tijdsbesteding (werk, hobby's, sporten, amusement) dient ook op maatschappelijk niveau aandacht te krijgen.

Gemeentelijk en landelijk beleid

Het verminderen van het aantal fruitautomaten en het beperken van het aantal gelegenheden waar kan worden gegokt blijven, naast goede voorlichting, de meest concrete en voor de handliggende preventie-maatregelen. Als gevolg van het toenemende aantal kansspelautomaten en de toenemende hulpvraag van cliënten bij hulpverleningsinstellingen, heeft de gemeente Den Haag enige jaren geleden een convenant gesloten met de automatenexploitanten. Op basis van dit convenant werkt de branche op vrijwillige basis mee aan de beperking van het aantal kansspelautomaten. Het convenant in Den Haag houdt een 2-2-0 optie in. Dit betekent dat in een café en in een snackbar/cafetaria maximaal twee kansspelautomaten mogen staan. In sportkantines, buurt- en clubhuizen mogen geen kansspelautomaten staan.

Momenteel staat ook landelijk de beschikbaarheid van kansspelautomaten ter discussie. In de nota Kansspelen Herijkt van het Ministerie van Justitie wordt voorgesteld de automaten minder aantrekkelijk en minder toegankelijk te maken en niet meer toe te staan in snackbars (9). Daarnaast mogen gemeenten wellicht zelf beslissen of ze kansspelautomaten binnen hun gemeentegrenzen toelaten. Zolang kansspelautomaten in laagdrempelige voorzieningen staan adviseren wij om op iedere automaat een sticker te plakken, met informatie over de werking van het apparaat en hoeveel het spelen erop gemiddeld per uur kost.

Literatuur:

1. Ouwehand AW, Cruts AAN, Vos A de. Profiel gokcliënten in de verslavingszorg. Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg. Utrecht, mei 1996.
2. Sharpe L, Tarrier N. Towards a Cognitive-Behavioural Theory of Problem Gambling. *Brit J Psych* 1993; 162: 407-12.
3. McCormick RA. The Importance of Coping Skill Enhancement in the Treatment of the Pathological Gambler. *J Gambling Studies* 1994; 10 nr. 1: 77-86.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (III-R). American Psychiatric Association. Washington DC 1987.
5. Hendriks VM, Meer CW van der, Blanken P. Handleiding bij training en afname van de Addiction Severity Index (ASI-R). Instituut voor Verslavingsonderzoek. Erasmus Universiteit Rotterdam 1991.
6. Schreurs PJG, Willige G van de, Brosschot JF e.a. Herzienne handleiding bij de Utrechtse Coping Lijst (UCL). Lisse; Swets en Zeitlinger, 1993.
7. Arrindell WA, Groot PM, Walburg JA. Handleiding bij de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag SIG. Lisse; Swets en Zeitlinger 1984.
8. Niewijk A en Laros C. 'De Gooise gokker': een verkennend en beschrijvend onderzoek naar het profiel van de gokker bij het CAD Hilversum. Jellinek Preventie en Consultancy. Hilversum 1993.
9. Nota Kansspelen Herijkt. Ministerie van Justitie. Den Haag 1996.

Het kinderpsychiatrische screenconsult

Een specialistisch diagnosticum nader bekeken

M. Broekman en Th.A.H. Doreleijers

Bewindslieden van justitie en volksgezondheid besloten vorig jaar tot een 'masterplan regie in de jeugdzorg', dat moet leiden tot een betere afstemming tussen jeugdhulpverlening, -bescherming, geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en het onderwijs. In dat kader leek het zinnig het al jarenlang toegepaste 'screenconsult' in de kinderpsychiatrie te evalueren. Inmiddels is duidelijk dat, wanneer een aantal veranderingen worden aangebracht, de methode efficiënt werkt als meer expertise nodig is in een hulpverleningsproces.

In 1995 besloten de staatssecretarissen van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tot een 'masterplan Regie in de Jeugdzorg'. Dit plan had als voornaamste doel de afstemming en de onderlinge samenhang te verbeteren van de drie sectoren (jeugdhulpverlening, -bescherming en geestelijk gezondheidszorg voor jeugdigen) die zich, in samenwerking met de onderwijssector, met de hulpverlening aan jeugdigen bezighouden. Alle instellingen werkzaam in dit kader zijn betrokken bij dit plan.

In de regio Haaglanden leidde het masterplan tot de installatie van een regionale regiegroep die onlangs op haar beurt een werkgroep diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing (DIT) in het leven riep. In deze werkgroep, waarvan een van de auteurs deel uitmaakt, is inmiddels duidelijk geworden dat er een toenemende behoefte bestaat aan specialistische diagnostische expertise. Hiervan is het aanbod echter schaars. Het kinderpsychiatrische screenconsult kan een efficiënte werkwijze zijn bij het binnenhalen van aanvullende expertise in een lopend hulpverleningsproces. Reden voor de auteurs om een evaluatieonderzoek van dit screenconsult, dat enkele jaren geleden werd uitgevoerd, onder de aandacht te brengen.

Het screenconsult

Sinds de jaren vijftig wordt een one-way-screen (raam waar men slechts vanaf één zijde doorheen kan kijken) binnen de gezinstherapie toegepast voor diagnostische, therapeutische en onderzoeksdoel-einden (1). Daarbij verricht een therapeut vóór het

Over de auteurs:

M. Broekman, kinder- en jeugdpsychiater, destijds arts-assistent in opleiding in het Juliana Kinderziekenhuis, thans werkzaam als beleidspsychiater op de jongerenafdeling Laanzicht van het Psychiatrisch Centrum Bloemen daal en Dr. Th.A.H. Doreleijers, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam als opleider in het Juliana Kinderziekenhuis.

screen een onderzoek of een therapie, terwijl een tweede therapeut achter het screen observeert. Deze vorm van samenwerking kan zeer productief zijn, mits beide therapeuten op de hoogte zijn van elkaars werkwijze (2).

Prof.dr. J.A.R. Sanders-Woudstra introduceerde dit one-way-screen in de jaren zeventig als onderzoeksinstrument binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ze ontwikkelde het zogenaamde kinderpsychiatrische screenconsult. Dit is een vorm van consultverlening aan instellingen die met problematische jeugd werken, waarbij de kinderpsychiater vóór het screen een kinderpsychiatrisch onderzoek verricht bij het kind en de ouders, terwijl de consultaanvrager(s) - veelal hulpverlener(s) - achter het one-way-screen meekijken. Dankzij de aanwezigheid van deze consultvrager(s) kan de expertise van de kinder- en jeugdpsychiater direct worden gekoppeld aan de soms al jarenlange ervaringen van de hulpverlener van het kind en het gezin.

Een kinderpsychiatrisch screenonderzoek wordt in de praktijk meestal aangevraagd door hulpverleners uit de jeugdhulpverlening en -bescherming of door schoolpsychologen wanneer nadere diagnostiek is gewenst dan wel een behandeling stagneert. In principe wordt de behandeling niet overgenomen door de consultverlener; de verantwoordelijkheid voor de behandeling blijft bij de consultaanvrager.

De screensituatie leent zich daarnaast ook voor onderwijsdoeleinden. Hiervan wordt onder andere in de opleiding van kinder- en jeugdpsychiaters en van psychotherapeuten gebruik gemaakt.

In het Juliana Kinderziekenhuis *) in Den Haag wordt het screenconsult als volgt toegepast. Een verwijzer stuurt - na telefonisch overleg met de poliklinieccoördinator over de indicatie - alle beschikbare informatie met toestemming van de ouders naar het kinderziekenhuis. De ouders krijgen schriftelijk informatie over de procedure en moeten zich eveneens schriftelijk akkoord verklaren met deze werkwijze. Direct voorafgaand aan het screenonderzoek wordt de ontvangen informatie met de consultaanvrager doorgenomen en de vraagstelling geëxpliciteerd. Daarna volgt het feitelijke onderzoek van ouders en kind door de kinderpsychiater vóór het screen. In de nabespreking met de consultaanvrager,

die achter het screen heeft meegekeken, worden de kinderpsychiatrische bevindingen geventueerd met de ervaringen die de verwijzer al had. Een advies wordt geformuleerd. Tenzij de ouders een en ander met de kinderpsychiater zelf willen bespreken - hetgeen dan in de regel gebeurt in een vervolgesprek - voert alleen de verwijzer het adviesgesprek. Een arts-assistent in opleiding die het onderzoek - eveneens achter het one-way-screen - heeft bijgewoond, schrijft de rapportage.

Evaluatie-onderzoek

Na jarenlang volgens deze werkwijze te hebben gewerkt ontstond de behoefte aan een evaluatie. Vooral ook om na te gaan of de verwijzers tevreden waren met deze vorm van consult(atie). De vragen die in het evaluatie-onderzoek werden gesteld luiden als volgt:

- Wat zijn de kenmerken van de kinderen en jeugdigen waarvoor (in de Haagse regio) een screenconsult wordt aangevraagd?
- Welke adviezen worden er verstrekt bij een screenconsult?
- Voldoet het kinderpsychiatrische screenconsult aan de verwachtingen van de verwijzers?
- Blijft, in de regel, de behandeling in handen van de consultaanvrager?

Voor de beantwoording is gekozen voor een inventariserend retrospectief onderzoek in de vorm van een dossieronderzoek en een schriftelijke enquête onder de verwijzers. Hiervoor zijn een serie van veertig screenconsulten gebruikt die in 1988 en 1989 op de afdeling kinderpsychiatrie van het Juliana Kinderziekenhuis zijn verricht.

Dossieronderzoek

Kenmerken onderzochte populatie

Overeenkomstig de populatie van een kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek betroffen de consulten in twee derde van de gevallen jongens (N=26), in een derde meisjes (N=14). De meesten, 28 in getal, waren tussen de negen en veertien jaar oud. Bij de overgrote meerderheid (N=35) bestonden de problemen al langer dan een jaar.

27 kinderen (68%) hadden in het verleden hulpver-

*) Op 1-1-1997 zullen de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden (de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis van het Juliana Kinderziekenhuis, de psychotherapeutische gemeenschap voor adolescenten Conradok van de Robert Fleury Stichting en de jongerenafdeling Laanzicht van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal) fuseren tot het Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Den Haag en omstreken, Dr. van Welylaan 2 Den Haag.

tabel 1

Hoofddiagnoses¹⁾ van de deelnemers aan het kinderpsychiatrisch screenconsult.

Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag 1988-1989.

Hoofddiagnose	Abs.	%
Gedragsstoornissen	17	43
Stemmingsstoornissen	5	12
Angststoornissen	4	10
Uitgestelde diagnose	3	7
Uitscheidingsstoornissen	1	3
Andere stoornissen	1	3
Geen diagnose	9	22
Totaal	40	100

¹⁾ As I-hoofdclassificaties volgens DSM-III-R (3)

leningscontacten gehad waarvan ruim de helft bij verschillende hulpverleners. Deze contacten waren korte of langere tijd geleden afgesloten waarna een volgende behandelaar een screenconsult had aangevraagd. Een derde van de kinderen was in het verleden geplaatst geweest op het Medisch Kleuterdagverblijf, anderen hadden begeleiding gekregen van het Algemeen Maatschappelijk Werk, het Boddaertcentrum, de Riagg of de polikliniek van het Juliana Kinderziekenhuis. Ten tijde van het screenconsult kregen 23 kinderen (58%) een vorm van speciaal onderwijs; dit hing waarschijnlijk samen met het grote aantal verwijzingen vanuit die sector. De ouders van 19 kinderen (48%) hadden psychiatrische stoornissen, vooral depressies en verslavingen. Van 15 kinderen (38%) waren de ouders gescheiden. In een kwart van de gevallen was er bemoeienis vanuit de raad voor de kindbescherming. Zes kinderen (15%) waren ten tijde van het screenconsult uit huis geplaatst.

Vraagstelling en werksetting verwijzer

In 37 van de 40 gevallen vormde stagnatie in de behandeling de aanleiding om een screenconsult aan te vragen. De verwijzers vroegen om een psychiatrische diagnose en een behandeladvies. Twee maal werd advies gevraagd vanwege een voorgenomen terugplaatsing van een kind naar huis en één maal betrof het een verzoek om een second opinion.

De verzoeken om een screenconsult waren voornamelijk afkomstig uit de jeugdhulpverlening en het speciale onderwijs, beide zestien keer. In mindere mate kwamen ze van justitie (vier keer), instellingen

voor geestelijke gezondheidszorg (vier keer) en overige artsen (twee keer).

Diagnose en advies

In tabel 1 zijn de hoofddiagnoses van de onderzochten weergegeven met behulp van de As I-hoofdclassificaties volgens de DSM-III-R (3). Gedragsstoornissen deden zich het meeste voor. Deze classificatie omvat de aandachtstekortstoornis - met en zonder hyperactiviteit -, het oppositioneel-opstandig gedrag en de antisociale gedragsstoornis.

Bij vijf kinderen kon van zwakbegaafdheid worden gesproken.

In 23 gevallen (57%) kon het advies geheel worden uitgevoerd, in 9 gevallen (22%) was gedeeltelijke uitvoering mogelijk en bij vijf (13%) mislukte de uitvoering van het advies.

In veel gevallen werd geadviseerd tot wijziging van het hulpverleningssysteem dan wel tot extra diagnostische onderzoeken of tot toevoeging van meer gespecialiseerde therapeuten. Veelvuldig werd het advies gegeven om de behandeling in haar geheel over te dragen aan een meer gespecialiseerde ambulante ggz-instelling (19 keer) en in mindere mate aan een (semi)residentiële instelling (tien keer), zoals het medisch kleuterdagverblijf, het Boddaertcentrum, een orthopedagogische instelling of een kinderpsychiatrische kliniek. Slechts in twee gevallen werd een advies verstrekt dat resulteerde in geringere hulpverleningsbemoeienis.

De schriftelijke enquête

De 40 screenconsulten werden door 36 verwijzers van in totaal 19 verschillende instellingen in (de regio) Den Haag aangevraagd. Deze verwijzers kregen achteraf de vragenlijsten voor het onderzoek toegezonden; 37 lijsten (93%) werden ingevuld geretourneerd.

De verwijzers oordeelden over het algemeen gunstig over de screenconsulten (tabel 2), waarbij moet worden aangetekend dat men bij dit soort onderzoek altijd rekening moet houden met enige sociale wenselijkheid bij het invullen van de enquête. Eén op de vijf verwijzers antwoordde ontkennend op de vraag of het screenconsult iets aan de eigen bevindingen had toegevoegd. 30% van de geënquêteerden meldde dat het screenconsult niet had geleid tot een andere benadering c.q. beleid. Uit de toelichting op de antwoorden bleek dat het screenconsult vaak de

tabel 2

*De mate van tevredenheid van de verwijzer van het screenconsult (N=37).
Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag 1988-1989.*

Vraagstelling	Ja %	Enigs- zins %	Nee %	N.v.t. %
Was er voldoende tijd beschikbaar voor voor- en na-overleg?	89	3	3	5
Is voldoende aandacht besteed aan de door u verzamelde gegevens?	87	-	11	3
Heeft het screenconsult iets toegevoegd aan uw bevindingen?	81	-	19	-
Kon u zich vinden in de gestelde diagnose?	78	19	-	3
Heeft het screenonderzoek geleid tot een verandering in benadering/beleid?	60	8	30	3
Kon u zich vinden in het advies dat voortkwam uit de bespreking?	87	8	-	5
Heeft u het advies kunnen uitvoeren?	57	22	14	8

ideeën van de verwijzers bevestigde en de verwijzer aldus motiveerde om door te gaan op de reeds ingeslagen weg.

Veel verwijzers stemden in met het verstrekte advies, doch ze stuitten bij de uitvoering ervan nogal eens op problemen. Verschillende oorzaken werden daarvoor aangegeven. Zo verliep in een aantal gevallen het adviesgesprek met de ouders onbevredigend. De ouders hoorden het advies uit de tweede hand en de kinderpsychiater kon het daardoor onvoldoende nuanceren, met als gevolg een afwijzing van het advies door de ouders. In andere gevallen bleek het advies binnen de verwijzende instelling niet of slechts gedeeltelijk uitvoerbaar. In een enkel geval was de tijdsperiode tussen screenconsult en enquête te kort om tot (volledige) uitvoering van het advies te kunnen zijn gekomen.

Via open vragen kregen de verwijzers de mogelijkheid voorgelegd voor- en nadelen van het screenconsult te vermelden met suggesties ter verbetering. Voordeel zag men veelal in het gegeven dat een specifieke en onafhankelijke deskundige in relatief korte tijd een diagnose met behandelplan opstelt. Dit betekent een steun voor de verwijzer bij het continueren van de behandeling en komt daarnaast de efficiëntie ten goede. Reacties ten nadele hadden betrekking op de methodiek van het one-way-screen zelf. Het werd als een inbreuk op de privacy van

ouders en kind ervaren waardoor het bovendien de gedragingen zou beïnvloeden. Verder werd het slechts als een momentopname beschouwd. Ook procedurele zaken kregen enige kritiek. Zo werd naar voren gebracht dat de informatieverstrekking aan de ouders over de procedure van het one-way-screen onvoldoende was en dat het als nadeel werd gezien dat de kinderpsychiater die het screenconsult verricht niet het adviesgesprek voert.

Sommige verwijzers wezen erop dat de gesignaleerde nadelen voor de ouders zeer bezwaarlijk waren en nogal eens de reden waren om een behandeladvies af te wijzen. De suggesties ter verbetering bleken een logisch voortvloeisel uit de genoemde bezwaren.

Bespreking

Aangezien het onderzoek inventariserend en retrospectief van aard is geweest, kunnen de uitkomsten niet meer dan een indruk geven van de praktijk van het kinderpsychiatrische screenconsult.

Uit het inventariserende onderzoek komt naar voren dat screenconsulten in het Juliana Kinderziekenhuis worden aangevraagd voor kinderen in de leeftijd van negen tot en met dertien jaar met - in opvallende mate - ernstige gedragsstoornissen bij wie de behandeling is vastgelopen. Een aantal van die gedragsproblemen bleek te berusten op een niet herkende psychiatrische stoornis, zoals een stemmings- of angststoornis. Onder de verwijzers nemen de colle-

ga's uit de jeugdhulpverlening een belangrijke plaats in naast een groot aantal verwijzingen vanuit het speciaal onderwijs.

Verder valt op dat een groot aantal kinderen op het moment van het screenconsult meer dan één hulpverlener had en dat ze in het verleden ook hulpverlening hadden gekregen. Ook het aantal psychiatrische problemen bij de ouders, vooral depressies en verslavingsproblematiek, is opmerkelijk hoog. Dit is vooral het geval bij de kinderen die geclassificeerd werden met 'geen diagnose': de zogenoemde V-codes (geen volledige classificatie maar met problemen waar zorg voor is geïndiceerd) zijn in deze categorie inbegrepen. Het is mogelijk dat de psychiatrie bij de ouders een rol speelt bij het stagneren van de behandeling van hun kind.

In bijna alle gevallen is er naar aanleiding van het screenconsult een advies gegeven tot uitbreiding c.q. verzwaring van de hulpverlening. Dit heeft er ook toe geleid dat in een aantal gevallen de oorspronkelijke verwijzer niet langer de (hoofd)behandelaar bleef. Deze uitbreiding van de hulpverlening is niet in overeenstemming met de vooropgestelde bedoeling om na het screenconsult de hulpverlening in handen van de oorspronkelijke behandelaar te laten. Dat toch vaak tot een uitbreiding c.q. toenemende specialisatie van de hulpverlening werd besloten vloeide voort uit de ernst van de problematiek van de kinderen. Het lijkt er dus op dat het screenconsult in eerste instantie leidt tot een toename van de zwaarte van de hulpverlening.

De verwijzers plaatsen weliswaar een aantal belangrijke kanttekeningen bij de procedure, doch lijken over het algemeen tevreden te zijn met het screenconsult. Met name de mogelijkheid om een beroep te kunnen doen op een specifieke en onafhankelijke deskundige met wie de verwijzer snel tot een diagnose en een behandelplan kan komen wordt veelvuldig als een groot voordeel genoemd.

In vijf gevallen is de uitvoering van het advies mislukt. Een aantal verwijzers wijten dit mislukken aan tekortkomingen in de procedure.

Inmiddels zijn een aantal wijzigingen aangebracht in de informatieverstrekking aan de ouders en het adviesgesprek. De ouders krijgen tegenwoordig *vooraf* schriftelijke informatie over het screenconsult en tekenen een verklaring van instemming met de werkwijze. Voorts wordt het adviesgesprek nu gevoerd door de kinderpsychiater en de verwijzer

samen, zodat een volledige dialoog over het advies mogelijk wordt. Wat betreft de inbreuk op de privacy van de ouders wordt overwogen om hun achtergrond-anamneses op een ander moment af te nemen, dus niet meer vóór het screen.

Hoe nu verder?

De jeugdzorg is op zoek naar methoden om grote en nog groeiende groepen jeugdigen met kwalitatief goede diagnostiek tegemoet te treden. Het screenconsult, geen nieuwe, maar een - naar onze mening - veel te weinig toegepaste werkwijze, blijkt een methode te zijn om snel en efficiënt te werken.

Bij het ontwikkelen van een nieuwe 'toegang' tot zorg (aanmelding, screening, intake, eenvoudige diagnostiek, multidisciplinaire diagnostiek, specialistische diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing) zullen methoden moeten worden gehanteerd die het proces sneller en doelmatiger doen verlopen. Het screenconsult is zo'n methode en kan behalve voor kinder- en jeugdpsychiatrische expertise, ook voor bijvoorbeeld gezinstaxaties worden gebruikt.

Het bovenbeschreven onderzoek leert echter ook dat hierbij zeer zorgvuldig te werk moet worden gegaan, juist vanwege het doorgeef-luik-mechanisme. Voorkomen moet worden dat onnodige weerstanden bij de cliënt en consultvrager worden opgeroepen.

Wanneer het screenconsult gemakkelijk bereikbaar is - liefst geen wachtlijsten en een lage drempel voor de consultvrager - kunnen stagnerende hulpverlenerprocessen eerder worden omgebogen waarbij ook meer hulpverleningscapaciteit beschikbaar komt.

Literatuur:

1. Hoffman L. Behind the looking glass. Basic Books 1981.
2. Heffels A. en Schellekens R. Het gebruik van audiovisuele middelen in de systeemtherapie. Handboek voor Gezinstherapie 1989; 10.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). American Psychiatric Association 1987.

Testen op HIV-antistoffen

Informatie over de GGD-testgesprekken.

Mw. F.E. de Jongh-Wieth, Mw. E. Tonino-van der Marel, Mw. A.B.A. Broodbakker en B.J.C. Middelkoop

Mensen die vermoeden dat ze geïnfecteerd kunnen zijn door het AIDS-virus (HIV) kunnen allerlei redenen hebben om zich anoniem te laten testen. De GGD biedt die mogelijkheid al sinds 1985. Hoe gaat die testprocedure bij de GGD in haar werk, wat te doen met minderjarigen en welke specifieke problemen geven allochtonen, bijvoorbeeld door de nieuwe Marokkaanse huwelijkswetgeving? Van de getesten blijkt 91% hetero-seksueel, 6,4% homo- en 2,5% biseksueel. De hulpzoekers vertegenwoordigen ruim veertig nationaliteiten. Een tussenstand.

In 1985 kwam de eerste test beschikbaar waarmee kan worden onderzocht of iemand is geïnfecteerd met het Humane Immunodeficiëntie Virus (HIV). Al snel werd duidelijk dat er mensen waren die zich wilden laten testen, maar die om wat voor reden dan ook daarvoor niet naar hun huisarts wilden gaan. Deze mensen zagen in de bloedbank een alternatief, omdat daar het bloed van de donoren telkens op HIV wordt getest. Om te voorkómen dat mensen naar de bloedbank zouden gaan feitelijk alleen om te weten te komen of ze al dan niet HIV-geïnfecteerd zijn, zijn GGD-en aangewezen als alternatieve testplaatsen. De GGD Den Haag biedt deze mogelijkheid sinds 1985. Dit artikel geeft een indruk van de ervaringen die met deze testplaats zijn opgedaan.

Overigens is er ook nog een apart avondsprek uur ingesteld dat wordt gehouden door mannelijke homo-seksuele artsen en medewerkers, vooral bedoeld voor mannen die seks met mannen hebben. De gegevens van het - inmiddels ook bij de GGD ondergebrachte - avondsprek uur vallen buiten het bestek van dit artikel. Ook wordt niet ingegaan op de HIV-testen die langs andere kanalen worden aangevraagd: huisartsen, ziekenhuizen, bloedbank, keuringsinstanties enzovoort.

Het testgesprek

Voor een HIV-test via de GGD moet men telefonisch een afspraak maken. Dit resulteert in eerste instantie in een gesprek onder vier ogen met een sociaal-verpleegkundige van de hoofdafdeling Infectieziek-

Over de auteurs:

Mw. F.E. de Jongh-Wieth, hoofd afdeling HIV/AIDS-coördinatie, Mw. E. Tonino-van der Marel, sociaal-verpleegkundige, afdeling HIV/AIDS-coördinatie, Mw. A.B.A. Broodbakker, onderzoeker, afdeling Epidemiologie en B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, allen werkzaam bij de Sector GGD/IMZ, Dienst Welzijn Den Haag.

tenbestrijding en Hygiëne, waar de afdeling HIV/AIDS-coördinatie onderdeel van uitmaakt. Dit gesprek is strikt vertrouwelijk; de gegevens worden anoniem bewaard en na drie maanden vernietigd.

In zekere zin kan er tijdens het testgesprek een verschil in belang en verwachting bestaan tussen beide gesprekspartners. De betrokkene komt in principe om zich te laten testen. De GGD ziet het gesprek echter tevens als mogelijkheid voor preventie. De vraag om een test wordt dus beantwoord met een gesprek waarin voorlichting een belangrijke rol speelt, voorlichting over zaken die uiterst gevoelig liggen. Dit vereist dat de sociaal-verpleegkundige vertrouwen wekt en een goede antenne heeft voor eventuele achterliggende vragen en angst bij de cliënt.

De sociaal-verpleegkundige gaat in het testgesprek na of er al dan niet risico is gelopen op een HIV-infectie. Als het risico korter dan zes maanden geleden is gelopen, is een HIV-test niet zinvol. De cliënt wordt uitgelegd dat de hoeveelheid gevormde antistoffen in het bloed in die periode over het algemeen nog te laag is om met de HIV-test te kunnen worden aangetoond. Ook geeft de sociaal-verpleegkundige informatie over de manier waarop iemand een HIV-infectie kan oplopen en hoe deze kan worden voorkomen. Daarbij wordt aandacht besteed aan 'veilig vrijen', ook van belang voor de preventie van andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en hepatitis B (en nu ook hepatitis C). En wanneer de testaanvrager intraveneus drugs gebruikt krijgt het belang van spuiten met schone naalden speciale aandacht. Uiteraard bespreekt de sociaal-verpleegkundige ook de voor- en nadelen van de test: de mogelijkheid van vroeginterventie; de winst van het weten, bijvoorbeeld voorkómen van HIV-infectie bij de partner; maar ook de psychische belasting van het weten. Daarbij vraagt hij/zij de cliënt of er in de directe omgeving van hem of haar mensen zijn die steun kunnen geven in geval van een seropositive testuitslag.

De kosten belopen f 25,- per test, inclusief de gesprekken. Indien dit bezwaarlijk is kan iemand ook besluiten zich te laten testen bij een open polikliniek waar het gratis kan gebeuren (bijvoorbeeld de SOA-polikliniek van het Westeinde Ziekenhuis of van het Ziekenhuis Leyenburg). Wanneer iemand ervoor kiest de test toch via de huisarts te laten doen zal vergoeding door de ziektekostenverzekering plaatsvinden.

Indien de testaanvrager besluit een HIV-test door de GGD te laten doen ondertekent hij/zij een formulier waarop staat dat men goed is geïnformeerd over de voor- en nadelen van de test en dat men akkoord gaat met de procedure (informed consent).

Overigens is de procedure anoniem. Het is - in beginsel - dezelfde sociaal-verpleegkundige die het gesprek voert, het bloed afneemt en na twee weken de uitslag meedeelt. Het afgenomen bloed wordt onder een codenaam naar het laboratorium gestuurd. Omdat de testuitslag eveneens van deze codenaam is voorzien kan de sociaal-verpleegkundige de uitslag aan de betrokkene meedelen onder handhaving van anonimiteit.

De uitslag wordt altijd gegeven in een persoonlijk gesprek. Een seropositive uitslag zal in principe nooit op een vrijdag worden gegeven omdat tijdens het weekend hulp- en zorgverlening uitsluitend in spoedeisende situaties wordt verleend. Zonodig wordt voor psychosociale steun verwezen naar de professionele hulpverlening.

Specifieke groepen

Soms melden zich voor een test minderjarigen (vanaf zo'n 14 jaar). Meestal wordt dan in het testgesprek de nadruk gelegd op voorlichting over veilig seksueel gedrag en stelt de sociaal-verpleegkundige zich terughoudend op ten aanzien van het testen, omdat een kind veelal niet kan overzien wat de gevolgen zijn van een seropositive testuitslag. Vaak wordt in zo'n geval verwezen naar een SOA-polikliniek of de Rutgersstichting, soms ook wel naar een RIAGG.

Om vergelijkbare redenen ligt bij psychiatrische patiënten het accent eveneens op het bevorderen van veilig gedrag. Ook zij worden vaak verwezen naar een RIAGG en in sommige gevallen naar een psychiatrische kliniek.

Voor Marokkanen is vanaf 1993 een aparte situatie ontstaan. De Marokkaanse wetgeving stelde in dat jaar Marokkanen verplicht bij huwelijkssluitingen een verklaring over te leggen niet HIV-geïnfecteerd te zijn. Dit heeft tot een toename van het aantal Marokkaanse cliënten geleid. Het overdragen van de preventieve boodschap in een testgesprek met allochtonen wordt in de regel bemoeilijkt door taal- en cultuurverschillen. Wanneer nu allochtonen een HIV-test aanvragen louter om te kunnen voldoen aan een formaliteit biedt dit nauwelijks ingang voor een op preventie gericht gesprek.

tabel 1

Aantal testgesprekken per jaar.
GGD Den Haag, 1992-1995.

Jaar	Aantal testgesprekken
1992 (vanaf 1 april)	295
1993	477
1994	646
1995	472
Totaal	1.890

Monitoring

In de loop van de jaren is bij de GGD de behoefte ontstaan zicht te krijgen op de populatie die bij de GGD komt voor een HIV-test. Hiertoe is een anonieme registratie opgezet via een formulier waarop per testgesprek een aantal gegevens wordt ingevuld. Deze registratie functioneert sedert april 1992.

Tabel 1 toont de aantallen testgesprekken per kalenderjaar, waarbij de registratie over 1992 betrekking heeft op slechts driekwart jaar. Een duidelijke trend in de tijd is niet waarneembaar. Uit cijfers per maand (hier niet gepresenteerd) komt ook geen duidelijk beeld naar voren. Vermoedelijk wordt het aantal testgesprekken met name bepaald door de capaciteit

bij de hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne en ontstaan incidentele pieken door publiciteit over het onderwerp in de media (krant, televisie en film). Conclusies voor toekomstige behoefte aan testgesprekken kunnen uit deze gegevens niet worden getrokken. Overigens zou extrapolatie van een eventuele trend toch al hachelijk zijn, omdat de toekomstige vraag sterk zal worden beïnvloed door nieuwe ontwikkelingen als het beschikbaar komen van therapieën voor vroegbehandeling (behandeling vóór de eerste verschijnselen van AIDS zich voordoen), het verschijnen van nieuwe varianten van het HIV, enzovoort.

Leeftijd en geslacht

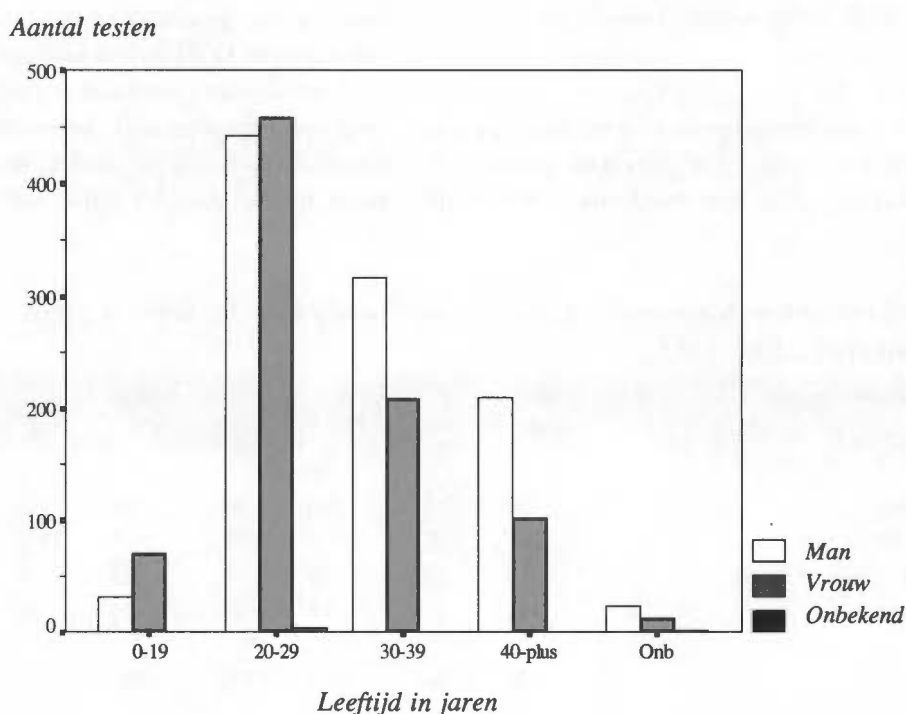
Figuur 1 presenteert de verdeling van de testgesprekken naar leeftijd en geslacht van de aanvrager (een aanvrager kan meer dan één keer zijn getest, zie verder). Duidelijk blijkt dat bij zowel mannen als vrouwen het grootste aandeel wordt geleverd door de groep van twintig tot dertig jaar. Bij de vrouwen is dit een meer uitgesproken piek.

Land van herkomst

In tabel 2 wordt weergegeven uit welke landen de cliënten afkomstig zijn. In totaal betreft dit meer dan veertig landen; de tabel beperkt zich tot de landen waartoe ten behoeve van cliënten meer dan vijf

figuur 1

Aantal testgesprekken naar leeftijd en geslacht van de cliënt. GGD Den Haag, 1992-1995.



tabel 2

Aantal testgesprekken naar land van herkomst van de cliënt (indien meer dan vijf per land). GGD Den Haag, 1992-1995.

Land van herkomst	Aantal testgesprekken
Nederland	1.608
Marokko	45
Suriname	39
Groot Brittannië	19
Turkije	17
Antillen	10
Frankrijk	10
Verenigde Staten	10
Duitsland	8
Polen	6

testgesprekken hebben plaatsgevonden. Verweg het overgrote deel van de testgesprekken wordt gevoerd met mensen van Nederlandse afkomst (85% van alle gesprekken). Zijn de cliënten niet-Nederlands dan komen ze vooral uit Marokko en Suriname.

Aard seksuele contacten

De overgrote meerderheid van de gesprekken (91%) wordt gevoerd met heteroseksuele cliënten, tegenover 6,4% homoseksuelen en 2,5% biseksuelen. Het is het laatste jaar opgevallen dat anaal seksueel contact vaker wordt genoemd, (66k) door heteroseksuelen. Niet uitgesloten is dat hier een veranderde wijze van vragen door de GGD-medewerkers een rol speelt.

Aantal keren getest

In tabel 3 wordt weergegeven hoeveel aanvragers al eens eerder waren getest. Het percentage personen bij wie uiteindelijk géén test wordt uitgevoerd blijft

tabel 3

Aantal en percentage testgesprekken per jaar naar aantal keer dat cliënt is getest. GGD Den Haag, 1992-1995.

Aantal malen getest	1992		1993		1994		1995	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)
Geen test	35	(12)	30	(6)	59	(9)	50	(10)
Eerste maal	241	(82)	411	(86)	524	(81)	352	(75)
Tweede maal of meer	19	(6)	19	(4)	63	(10)	70	(15)
Onbekend	-	(-)	17	(4)	(-)	(-)	(-)	(-)
Totaal	295	(100)	477	(100)	646	(100)	472	(100)

tamelijk constant in de tijd. Het percentage cliënten bij wie voor de tweede keer (of vaker) een test wordt gedaan stijgt geleidelijk. Nu neemt de kans op een dergelijke gebeurtenis natuurlijk toe in de tijd: in 1985 was vrijwel elke test per definitie de eerste. Niettemin kan de genoemde stijging erop wijzen dat mensen veilig gedrag niet volhouden. In dat geval is het een betrekkelijke geruststelling dat ze dan toch durven komen.

Overige punten

Uit de registratie blijkt voorts dat de gemiddelde *duur* van de testgesprekken ongeveer een half uur bedraagt en in de loop der jaren geleidelijk iets toeneemt.

Volgens de registratie worden vooral de volgende *redenen* genoemd waarom mensen zich laten testen: het afsluiten van een achterliggende periode, al dan niet terechte angst en het aangaan van een nieuwe relatie.

Bij de vraag naar de mogelijke wijze van *transmissie* wordt zelden intraveneus druggebruik genoemd.

Het *aantal positieve testuitslagen* varieert van één tot zes per jaar en verschilt niet tussen mannen en vrouwen.

Bij de *verwijzingen* valt een sterke toename op van de verwijzingen naar de open SOA-poliklinieken. Mogelijk spelen hier financiële overwegingen een rol.

Bespreking

Uit de gepresenteerde cijfers blijkt dat het vooral de Nederlandse (jong)volwassen mannen en vrouwen zijn die bij de GGD komen voor een HIV-antistoffentest. De seksuele geaardheid is volgens de registratie voor het overgrote deel heteroseksueel. Onder de niet-Nederlanders is het aandeel Marokkanen relatief hoog, hetgeen waarschijnlijk met de Marokkaanse

huwelijkswetgeving samenhangt.

De indruk bestaat dat er, vergeleken met de oorspronkelijke verwachtingen, weinig personen komen uit groepen waarbinnen een relatief hoog risico op HIV-infectie wordt gelopen, zoals teenagers, intraveneuze druggebruikers en mannen die seks met mannen hebben. Ook worden in verhouding weinig allochtonen gezien, en evenmin asielzoekers en illegalen.

Voor het niet-verschijnen van de genoemde groepen zijn verschillende verklaringen mogelijk. Voor sommigen, bijvoorbeeld voor veel minderjarigen, maar ook voor mensen die onder de armoedegrens leven, vormt de prijs van f 25,- vermoedelijk een reële barrière. Ook kan het zijn dat deze mensen onvoldoende bekend zijn met de mogelijkheid zich via de GGD te laten testen. Verder is het aanvragen van een testgesprek ook verre van drempelloos: men moet opbellen naar een telefoonnummer dat intensief wordt gebruikt en dus regelmatig de in-gesprek-toon geeft, men moet wellicht worden doorverbonden, en kan vervolgens ook niet altijd direct terecht op het spreekuur. Bij niet-Nederlandstaligen komt hier nog de taaldrempel bij.

Het is een open vraag of in de behoefte van deze groepen op andere wijze moet worden voorzien. Meer inzicht in deze materie zou tot de conclusie kunnen leiden dat de GGD, en/of andere instellingen, hun beleid moeten bijstellen.

Vanaf het begin was het testbeleid terughoudend, mede omdat een seropositieve testuitslag meer nadelen dan voordelen kon bieden voor betrokkene. Nu de mogelijkheden van vroegbehandeling sterk verbeteren, zal de balans steeds meer in de richting gaan van wél testen. Ook kan dit leiden tot een toename van het aantal cliënten.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Voorlichtingsproject over sterven en rouw

Op 21 mei 1996 is het project 'Leven met de dood' van start gegaan. Minister Borst van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) gaf daarvoor het startsein met de uitreiking van het eerste exemplaar van het voorlichtingspakket aan prinses Margriet.

Veel mensen worden overvallen door de dood van een naaste. Overhaaste keuzes over de wijze van afscheidnemen en de uitvaart kunnen later het rouwproces verstoren. Het project over stervensbegeleiding en rouwverwerking moet mensen daarop helpen voorbereiden. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het communicatie- en trainingsbureau Dexter coördineren het project.

Het multi-mediapakket van het project bestaat uit een boek, een videoband, een dubbel-cd en een brochure. Het boek 'Pluk de dag, passeer de nacht' vormt de basis en de inspiratiebron van het project. In dit boek vertelt een man van begin veertig die prostaat-kanker heeft, hoe hij afscheid neemt van het leven en zich voorbereidt op de dood. De videoband 'Leven met de dood' is een op het

boek gebaseerde gedramatiseerde documentaire. De film wordt enkele malen door Teleac uitgezonden. De bijbehorende brochure bevat ideeën voor een persoonlijke uitvaart. De dubbel-cd biedt muziek uit Nederland en buitenland die toepasselijk is bij uitvaarten. In het najaar verzorgt een veertigtal thuiszorgorganisaties bijeenkomsten over stervensbegeleiding en gespreksgroepen over rouw.

Het NIGZ wil met dit project diverse initiatieven - zowel binnen als buiten de thuiszorg - rond sterven en dood aan elkaar koppelen.

Informatie: NIGZ, tel. 0348-43 76 06.

Afnemende commerciële belangstelling bedreigt vaccinontwikkeling

Afnemende commerciële belangstelling bedreigt het onderzoek naar de vaccinontwikkeling. Bij zowel de ontwikkeling van een aidsvaccin als bij de ontwikkeling van vaccins voor de bestrijding van kinderziekten doet zich dit voor. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) pleit daarom voor het opvoeren, zowel nationaal als internationaal, van financiële steun voor vaccinprojecten. Overheidsinstellingen en universitaire instellingen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Het RIVM is optimistisch over de resultaten van

een in Engeland uitgevoerde veldstudie met een experimenteel vaccin tegen Meningococcon B bij zuigelingen. Van Britse zijde is verdere steun toegezegd.

Voorlichting

Omgaan met reumatoïde artritis

In Nederland lijden ongeveer 140.000 mensen aan reumatoïde artritis. Bij deze reumatische aandoening treden ontstekingen in de gewrichten op die gepaard gaan met zwellingen, pijn en stijfheid. De ontstekingen kunnen leiden tot beschadiging van de gewrichten en daarmee tot ernstige lichamelijke beperkingen. De ziekte heeft een onregelmatig verloop; afwisselend zijn er perioden waarin de patiënt dan weer veel en dan weer weinig klachten heeft.

De behandeling van reuma is er in hoofdzaak op gericht pijn en stijfheid te verminderen, gewrichten in beweging te houden en patiënten zo veel mogelijk te laten deelnemen aan het normale leven. Reumapatiënten hebben zelf een belangrijke rol bij hun behandeling. De patiënt moet leren rust, oefeningen en medicatie aan te passen aan de steeds wisselende

ernst en last van de ziekte. In de praktijk blijkt het voor veel patiënten echter moeilijk om zich te houden aan de voorgeschreven leefregels en therapieën.

De publikatie 'Groepsvoorlichting aan reumapatiënten' geeft achtergrondinformatie over de problematiek van reumapatiënten en beschrijft de groepsvoorlichtingscursus 'Omgaan met reumatoïde artritis'. Doel van deze cursus is het vergroten van de mogelijkheden die een reumapatiënt ziet om beter om te gaan met zijn ziekte. Sociale steun, zowel van partners als van medepatiënten, speelt in de cursus een grote rol. Patiënten die de cursus volgen houden zich beter aan voorgeschreven leefregels en therapieën en hebben minder lichamelijke klachten.

Inlichtingen: NIGZ, tel. 0348-43 76 00.

Inlichtingen: Mw. B.C.M. Stormmesand, tel. 020-620 00 05.

Psychiatrie en verslaving

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) organiseert op vrijdag 8 november 1996 te Ede de najaarsconferentie met als thema 'Psychiatrie en verslaving'. Met de conferentie wordt beoogd knelpunten, die in de praktijk spelen op het grensgebied van psychiatrie en verslaving, te benoemen en te bespreken. Tevens biedt de conferentie de mogelijkheid tot discussie tussen hulpverleners uit beide sectoren. De dag is bedoeld voor hulpverleners uit zowel psychiatrie en verslavingszorg, als voor cliënten en voor andere geïnteresseerden uit beide sectoren.

Informatie: NcGv, Steven Aarts, tel. 030-297 11 118.

domein van de GGZ kritisch beschouwen. Een antwoord zal worden gezocht op de volgende vragen:

- Hoe kan de vraag naar GGZ worden bijgestuurd?
- Met wie mag en moet de GGZ zich bemoeien?
- Waar moeten prioriteiten in het zorgaanbod worden gesteld?

Tevens zullen de relatie die de GGZ heeft met aanpalende onderdelen van de gezondheidszorg en de relatie met instellingen buiten de gezondheidszorg ter discussie worden gesteld.

De technische organisatie van het congres is in handen van het NcGv. Inlichtingen: Steven Aarts, tel. 030-297 11 18.

Symposia

Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie

Ter gelegenheid van het verschijnen van het eerste Nederlandstalige handboek 'Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie' organiseren het IPSE-AMSTERDAM (International Institute for Psycho-Social and Socio-Ecological Research Amsterdam), de Centrale RINO Groep en de Stichting Interculturele Geestelijke Gezondheidszorg op vrijdag 18 oktober 1996 een gelijknamig symposium in het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam.

Kosten: f. 225,- (inclusief handboek van f. 80,-).

Een bloeiende GGZ in gevaar?

De H.C. Rümke Groep, één van de grootste instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in ons land, viert haar eerste lustrum op 14 november 1996 te Zeist met een wetenschappelijk congres 'Een bloeiende GGZ in gevaar?'

Tussen 1990 en 2000 wordt een stijging verwacht van 1 op 6 naar 1 op 4 Nederlanders die hulp vragen bij ernstige psychische problematiek. Nadert het moment dat burgers zoveel hulpverlening vragen dat de grenzen van de zorg onzichtbaar worden of moeten er prioriteiten in het zorgaanbod worden gesteld?

Op het congres zullen verwijzers, psychiaters en andere behandelers, zorgverzekeraars, politici en vertegenwoordigers van cliënten tijdens verschillende discussies het

Nieuw verschenen

'Sociale Gids voor Den Haag 1996/1997':

De Sociale gids verschijnt om de twee jaar en omvat ruim 200 pagina's met meer dan 2.000 adressen van instellingen en organisaties op het terrein van welzijn en zorg, verdeeld over de volgende hoofdstukken: maatschappelijke en sociaal-culturele dienstverlening; welzijnsactiviteiten in de wijk; gehandicaptenzorg; gezondheidszorg; financiële hulp en uitkeringen; andere dienstverlenings- en/of bemiddelingsorganisaties; organen voor overleg, advies en/of samenwerking; organen welke steun verlenen aan instellingen; beroepsopleidingen en -organisaties.

Verder is de gids uitgebreid met de ongeveer 150 adressen uit de Gids Allochtone Ouderen.

De Sociale gids is verkrijgbaar bij de informatiebalie van het Centraal Informatie Punt Ouderen (CIPO), gevestigd in het Atrium van het Stadhuis voor f. 23,- (exclusief verzend- en administratiekosten), tel. 070 - 364 38 18.

'Zorgen & Communiceren'

Dilemma's bij en nieuwe opties voor de Geestelijke Gezondheidszorg, Thuiszorg, Verpleeghuiszorg, Verstandelijk Gehandcap-tenzorg en Communicatie bij Veranderingen.

Dit boek benadert vanuit verschillende invalshoeken en niveaus de veranderende aard en inhoud van de communicatie tussen partijen in de zorg (macroniveau). Op meso-niveau wordt vooral gekeken naar hoe men het imago van de zorginstelling kan verbeteren en hoe het management van de communicatie ter hand kan worden genomen. Ten slotte wordt de communicatie met de klant onder de loupe genomen.

Inlichtingen: Stichting Sympoz, tel. 020-647 47 76.

'Zorgvisies & Management'

Dilemma's bij en nieuwe opties Ouderenzorg, Ziekenhuiszorg, Verpleeghuiszorg, Geestelijke Gezondheidszorg en Verstandelijk Gehandicaptenzorg.

Op macroniveau wordt nagegaan wat de nieuwe zorgopties zijn, welke zorgverschuivingen zich voordoen tussen instellingen en welke gevolgen dit heeft voor organisatie en personeel. Vervolgens komen nieuwe ontwikkelingen binnen de specifieke werkvelden aan de orde alsmede de gevolgen daarvan voor het zorgpersoneel. Ten slotte wordt nagegaan hoe men de positie van de klant kan

versterken (empowerment).

Inlichtingen: Stichting Sympoz, tel. 020-647 47 76.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 29 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (lokatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal 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?

Op vrijdagavond 5 juli woedde in het gebouw van de GGD aan de Thorbeckelaan in Den Haag een grote brand waardoor de medewerkers - met achterlating van veel materiaal - tijdelijk naar andere werkplekken moesten verhuizen. Hierdoor beschikken we nu niet over de casuïstiek van de Haagse opgave over het tweede kwartaal 1996. Deze zal nu in het volgende nummer van het Epidemiologisch bulletin worden gepubliceerd.

Inmiddels hebben de afdelingen voor vaccinaties en tbc-onderzoek op maandag 19 augustus het werk in het pand Thorbeckelaan weer hervat. De andere afdelingen zullen ook zo spoedig mogelijk naar het pand terugkeren.

Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
K.B. Yap (GGD West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1996 1e kw	1996 2e kw	1996 3e kw	1996 4e kw	1995 t/m 2e kw	1996 t/m 2e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)					2	
		meningococcosis (B)*	2	5			10	7
		morbilli (B)		1				1
		(atyp.) pertussis (B)**	4	3			1	7
		rubella (B)		1				1
		tuberculosis (B)	29	32			50	61
		parotitis epidemica (C)	1	1			2	2
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	14	14			63	28
		syfilis prim./sec. (C)					3	
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B(B)1	3	5			5	8
		HIV-infectie/Aids (1)***					6	
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	19	13			40	32
		dysenteria bacillaris (B)(3)	6	4			6	10
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	51	9			80	60
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)		1			5	1
		Q-koorts (B)(5)		1			1	1
	insectebeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	2	5			11	7
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
brucellosis (B)(5)								
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					1	
	consumptie	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	31				23	31
		febris typhoidea (A)		1			2	1
		paratyfus B (B)						
		botulisme (B)(7)						
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)					1	
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		162	96			306	258	

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding
 * samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis
 ** samenvoeging pertussis en atypische pertussis
 *** niet aangifteplichtig, bekend bij GGD
 (1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten
 (2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel
 (4) soms besmetting via beddegoed
 (5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten
 (6) ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts
 (7) ook wondbesmetting

korte berichten