

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

Depressies en ouderen

*epidemiologie*

Haagse heroïneverslaafden in beeld

Leefwereldonderzoek onder 16-24-jarigen

*korte berichten*

*jaargang 31, 1996*

*nummer 4*

---

# Colofon

December 1996  
31ste jaargang nr. 4

## 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

email: i.burger@ocw.denhaag.nl

## 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.

ISSN 0921-6219

## Inhoud

---

### Volksgezondheid

- Depressies bij ouderen  
Problematiek en preventie  
*M.J.F. Buckers en W.A. van den Dool* 1

### Epidemiologie

- Haagse heroïneverslaafden in beeld  
*Mw. M.A. Eland-Goossensen* 6
- Leefwereldonderzoek onder 16-24-jarigen  
Een impuls voor actie en samenwerking  
*Mw. H.M.J.A. Loenen* 14

### Korte berichten 22

# Depressies bij ouderen

## Problematiek en preventie

M.J.F. Buckers en W.A. van den Dool

**Van de ouderen krijgt 4 tot 5% op enig moment te maken met een depressie. Meestal krijgen ze niet op tijd de hulp die hen toekomt, omdat de klachten divers zijn en vaak vooral de lichamelijke klachten op de voorgrond staan. Toch is bij ouderen een depressie een ernstige ziekte, mede door de relatief hoge sterfte door suïcide. De RIAGG's in de Haagse regio hebben de handen ineen geslagen en voeren sinds maart 1995 een actief preventiebeleid met voorlichting, nascholingsbijeenkomsten en cursussen onder de naam 'Depressies en Ouderen'.**

Ouderen met een depressie zoeken daarvoor vaak geen hulp. Toch is tijdige herkenning van belang, vooral omdat behandeling van deze aandoeningen goed mogelijk is (1). Depressie is een ernstige ziekte met een, zeker bij ouderen, relatief hoge sterfte door suïcide. Daarnaast hebben depressies de neiging chronisch te worden (1)(2). Om vroegtijdige herkenning van depressies bij ouderen te bevorderen hebben RIAGG Noordhage, Westhage en Zuidhage in Den Haag het preventieproject 'Depressies en ouderen' ontwikkeld. Het belangrijkste onderdeel van het project bestaat uit het geven van voorlichting aan ouderen.

Samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg en ouderenconsulenten vormt daarop een logische en noodzakelijke aanvulling.

### Problematiek

#### *Wat is een depressie?*

Het specifieke van depressieve beelden bij ouderen is gelegen in de presentatie van de klachten. De kernsymptomen van een depressie, te weten somberheid, interesseverlies, eet- en slaapproblemen, overmatige schuldgevoelens, concentratieproblemen en terugkerende gedachten aan de dood, worden door ouderen vaak slechts ten dele gepresenteerd (3). Vaak staat de somatisatie op de voorgrond (4). De depressieve oudere heeft een scala aan vage, onduidelijke klachten waarvoor geen oorzaak kan worden gevonden. Omdat het gevoel van onbehagen

*Over de auteurs:*

M.J.F. Buckers, psycholoog, afdeling Preventie en W.A. van den Dool, arts, afdeling Ouderen, beiden werkzaam bij de RIAGG Westhage Den Haag.

zo groot is, laat de oudere zich moeilijk geruststellen. Bij doorvragen blijkt dan dat er soms kan worden gesproken van somberheid of andere depressieve klachten, of zelfs van een 'echte' depressie. Het gegeven dat de depressie schuil kan gaan achter vage lichamelijke klachten hangt wellicht samen met de situatie dat de huidige generatie ouderen moeite heeft emotionele problemen als zodanig te herkennen en te benoemen (2)(4).

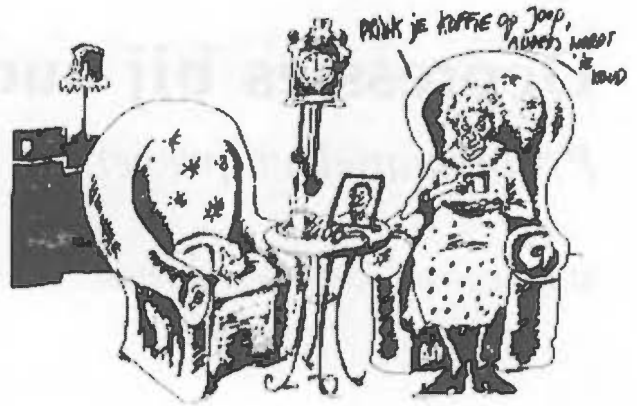
*Een voorbeeld:*

*'De huisarts meldt de 73-jarige mevr. Z. aan bij de RIAGG. Ze is net een paar dagen thuis na een korte ziekenhuisopname voor onderzoek in verband met buikklasten. De internist heeft niets gevonden en stuurde haar na geruststelling weer naar huis. De klachten zijn onveranderd gebleven. 's Nachts wordt ze om vier uur wakker. Ze houdt het dan niet meer uit in bed. Gekweld door onrust en buikpijn ijsbeert ze door het huis. De reeds voorgeschreven kalmeringstabletten hebben geen effect en de huisarts besluit om de hulp in te roepen van de afdeling Ouderen van de RIAGG.*

*Bij het huisbezoek van de RIAGG, tegen het eind van de ochtend, zijn de klachten iets afgenomen. Opvallend is dat haar gelaatsuitdrukking soms gekweld lijkt, maar dat ze op andere momenten voortdurend wat krampachtig glimlachend haar verhaal doet. Ze eet slecht en is de laatste twee maanden zeven kilo afgevallen. Ze heeft al haar interesses verloren en 's morgens, als ze niet weet waar ze het zoeken moet van de buikpijn, denkt ze vaak dat ze net zo goed dood had kunnen zijn. Bij doorvragen blijkt dat ze zich soms ook somber voelt.*

*Na uitleg over het ziektebeeld depressie en het opstarten van anti-depressiva in combinatie met ondersteunende contacten nemen de klachten na verloop van tijd af.'*(4)

Een andere uitingsvorm van een depressie op oudere leeftijd kunnen geheugenklachten zijn (2). De oudere of zijn omgeving klaagt over het afnemen van het geheugen en het voortdurend in herhaling vallen. Bij onderzoek kan dan blijken dat de concentratie duidelijk is afgenomen en de cliënt veel vragen afdoet met 'ik weet het niet'. Bij de cliënt krijgt de angst voor dementie de overhand, terwijl het probleem wordt veroorzaakt door een verminderde concentratie als gevolg van het piekeren en de preoccupatie met negatieve gedachten. Navraag naar het beloop van de oriëntatie en de ernst van de



oriëntatie(stoornis), het testen van de geheugenfuncties en het nalopen van de depressieve kenmerken geven meestal meer duidelijkheid.

Evenzeer is het onderscheid tussen depressie en rouw soms moeilijk te maken. Met het ouder worden nemen verlieservaringen toe: overlijden van dierbaren, pensionering, lichamelijke ziekte en statusverlies. Rouw is een normale reactie op deze ervaringen waarbij ook depressieve klachten kunnen vóórkomen. Duren die symptomen te lang, of zijn ze in zeer sterke mate aanwezig, dan kan er worden gesproken van pathologische rouw die soms de vorm aanneemt van een depressie.

#### *Enkele epidemiologische gegevens*

Onderzoeken naar depressies bij ouderen geven aan dat bij 4 tot 5% van de ouderen op enig moment kan worden gesproken van een 'echte' depressie (2). Daarnaast hebben 15% van de ouderen depressieve klachten. Opgesplitst naar geslacht blijkt dat te gelden voor 10% van de mannen en voor 20% van de vrouwen (5).

Ernstige depressies komen bij ouderen in vergelijking met volwassenen minder voor, terwijl de mildere depressies juist vaker vóórkomen. Echter de kans dat oudere depressieve patiënten suïcidale gedachten daadwerkelijk uitvoeren en door suïcide overlijden is veel groter dan bij jongere patiënten met dezelfde problemen (2)(5).

Er zijn verschillende situationele factoren te noemen voor het ontwikkelen van een depressie op oudere leeftijd. De belangrijkste is waarschijnlijk een kwetsbare persoonlijkheid. Mensen die van nature angstig of pessimistisch zijn, alles onder controle willen houden en geen intieme relaties kunnen aangaan, zijn extra gevoelig voor een depressie als zich problemen voordoen.

Een tweede belangrijke factor is lichamelijke ziekte

of invaliditeit. Depressie en lichamelijke aandoeningen komen vaak samen voor. Met name de ziekte van Parkinson, schildklierpathologie en cerebrovasculaire aandoeningen geven een verhoogd risico.

Ook ingrijpende gebeurtenissen die te maken hebben met verlies vormen een risico. Denk aan sterfgevallen in de omgeving, bijvoorbeeld de dood van de partner (2).

Slechte woon- en leefomstandigheden van de oudere vertonen ook een samenhang met de kans op het ontwikkelen van een depressie. Zo lopen vrouwen, alleenstaanden, ouderen die in een stad wonen en ouderen met een lage sociaal-economische status meer risico dan anderen (2).

Als laatste ongunstige factor kan een voorgeschiedenis van depressie worden genoemd. De kans dat mensen die op jongere leeftijd een depressie hebben gehad later opnieuw een depressie ontwikkelen is namelijk groter.

Aan de andere kant zijn er ook factoren die ouderen beschermen tegen het ontwikkelen van een depressie. De belangrijkste is de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk: goede relaties met vrienden en familieleden. Ook deelname aan formele maatschappelijke netwerken, zoals vrijwilligersorganisaties en religieuze betrokkenheid, blijkt ouderen te behoeden voor een depressie.

#### *Hulpverlening en behandeling*

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat mensen met een depressie, en ouderen met een depressie in het bijzonder, vaak van adequate hulpverlening verstoken blijven. Schattingen wijzen uit dat slechts één op de veertien mensen met een depressie in deze gespecialiseerde hulp ontvangt en maar liefst 60% helemaal geen hulp. Deze 'onderbehandeling' is, zoals gezegd, bij ouderen vermoedelijk nog groter (5). Voor dit laatste kunnen verschillende oorzaken worden genoemd (5):

- het idee dat psychische problemen onverbreekbaar zijn verbonden met het ouder worden en dat succesvolle hulpverlening niet of slechts zelden mogelijk is (behalve ouderen hebben ook veel hulpverleners dit idee);
- het somatiseren van psychische problemen;
- de ontkenning van de eigen problemen;
- onbekendheid met bestaande voorzieningen.

Aan mensen met depressieve klachten, zonder dat van een echte depressie kan worden gesproken, zal

nog veel minder hulp worden verleend. Dit speelt vooral bij ouderen omdat juist zij veel last van langdurige en hardnekkige depressieve klachten hebben (5).

Medicamenteuze behandeling levert in veel gevallen een belangrijke bijdrage aan de behandeling van depressies. Voor ouderen is de schatting dat in ongeveer 60% van de gevallen antidepressiva een herstel bewerkstelligen. Een derde van de depressieve ouderen heeft bij gebruik van antidepressiva geen last meer van de meest ernstige symptomen (6).

Factoren als ernstige lichamelijke ziekte, een hoge leeftijd, gebeurtenissen die stress kunnen veroorzaken en lage sociaal-economische status verslechteren de prognose. Een verbetering van de lichamelijke gezondheid hangt daarentegen samen met een afname van depressieve symptomen (6)(7)(8).

De meest effectieve behandeling van ernstige depressies is een combinatie van enerzijds medicijnen en anderzijds vooral steunende gesprekken. Een goede terugval-preventie bestaande uit onderhoudsmedicatie en vervolgesprekken kunnen de prognose verder verbeteren.

#### *Preventie*

Sinds 1993 voeren de Haagse RIAGG's en RIAGG Haagrand een actief preventiebeleid op het terrein van depressies en ouderen: het project 'Depressies en Ouderen'. De aanleiding voor het project was het signaal dat er te vaak van wordt uitgegaan dat ouder worden en somberheid als het ware onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Dit idee leidt tot het aanvaarden van depressies en depressieve klachten bij ouderen als onoplosbaar. Het project wil deze koppeling doorbreken en richt zich op het vroegtijdig onderkennen van depressies bij ouderen en stimuleert hen daarbij hulp te zoeken.

De belangrijkste projectactiviteiten zijn:

- een voorlichtingscampagne voor ouderen;
- nascholingsbijeenkomsten voor huisartsen en hulpverleners werkzaam in de thuiszorg;
- een cursusaanbod.

#### *Voorlichtingscampagne*

De voorlichtingscampagne 'Achter een lachend gezicht' richt zich rechtstreeks tot ouderen en direct betrokkenen, zoals partners en familieleden. De organisatie en werving sluit zoveel mogelijk aan op vragen van deze doelgroep.

Sinds de start van de campagne, in maart 1995, zijn veertien voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. In totaal bezochten ongeveer 380 mensen deze bijeenkomsten. Dit waren vooral ouderen die zelf last hadden van depressieve klachten of een depressieve persoon in hun omgeving kenden. De heldere manier waarop een huisarts en een hulpverlener van de RIAGG informatie gaven over depressie sprak vele bezoekers aan. Uit de schriftelijk verzamelde evaluatiegegevens kwam dan ook een grote waardering voor de voorlichtingsbijeenkomsten naar voren.

Door de publiciteit rondom de bijeenkomsten namen ook vele anderen kennis van de centrale boodschap dat depressie ook op latere leeftijd een goed te behandelen ziekte is. Deze kernboodschap is eveneens verwoord in de brochure 'Achter een lachend gezicht' die onder andere via huisartsen en het Centrum Informatie Punt Ouderen onder ouderen is verspreid.

Daarnaast is om het bereik van de boodschap van de campagne verder te vergroten een televisiedocumentaire gemaakt, die inmiddels door de KRO is uitgezonden. In deze documentaire, gemaakt door Ireen van Ditschuyzen, wordt een aantal depressieve ouderen, die bij de RIAGG in zorg zijn, een tijdlang gevolgd \*).

Nagegaan is of onder invloed van de campagne het aantal ouderen dat zich bij de huisarts of de RIAGG meldt met depressieve klachten, is toegenomen. Het overgrote deel van de huisartsen is hiervoor telefonisch benaderd en bij de RIAGG's is het vóórkomen van depressieve klachten als hulpvraag systematisch geïnventariseerd. Geconstateerd werd dat zich niet meer ouderen met depressieve klachten hebben gemeld dan voorheen, maar de algemene indruk was wel dat de aandacht voor depressies bij ouderen was toegenomen.

#### *Nascholingsbijeenkomsten*

Vier van de vijf mensen met een min of meer ernstige depressie melden zich vroeg of laat bij de huisarts. Bij ongeveer de helft daarvan wordt de

depressie door de huisarts als zodanig herkend en in de meeste gevallen door hemzelf behandeld. De huisarts speelt dus een belangrijke rol bij de diagnostiek en behandeling van depressies. De RIAGG organiseerde daarom voor hen een aantal nascholingsbijeenkomsten, in samenwerking met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (5)(9) Depressieve klachten komen veel voor bij ouderen die gebruik maken van gezinszorg of wijkverpleging. Dit vraagt van hulpverleners in de thuiszorg speciale vaardigheden om dit goed op te vangen, zodat ook zij een belangrijke doelgroep vormen voor het project 'Depressies en Ouderen' (2). De activiteiten voor deze hulpverleners worden ondersteund met de brochure 'Niet met zoveel woorden...' \*\*).

De informatie wordt gepresenteerd aan de hand van herkenbare praktijksituaties. Ook voor hen is een nascholingspakket ontwikkeld, met hulp van twee videobanden \*\*\*).

#### *Cursusaanbod*

Ten slotte bieden de RIAGG's ouderen twee preventieve cursussen aan. Ouderen met depressieve klachten kunnen zich, zonder inschrijving bij de RIAGG, voor deze cursussen inschrijven.

De cursus 'Verlies. En dan verder...' is bedoeld voor weduwen van zestig jaar en ouder die langer dan een jaar geleden hun partner hebben verloren en die het tot nu toe niet is gelukt om een nieuw 'eigen' bestaan op te bouwen. Ze leren een 'eenzaamheidsvoorkomende houding' te ontwikkelen. Emotionele zelfstandigheid en weerbaarheid vormen samen met de bereidheid om te investeren in emotionele relaties de belangrijkste onderdelen van deze houding. De volgende onderwerpen komen thematisch aan de orde: verwerking van het verlies; het dagelijks leven als alleenstaande; contact met vrienden, familie en kinderen en het ouder worden.

Op de cursus werd in de meeste gevallen positief gereageerd. Zo konden van weduwen, die de cursus hadden gevolgd, de volgende reacties worden genoteerd:

- er bloeit weer toekomst op;
- voor het eerst weer met de bus gereisd;
- als de gezelligheid niet naar mij toekomt, zoek ik de gezelligheid op;
- ik aanvaard het verlies nu meer.

De cursus 'In de put. Uit de put.' is bestemd voor ouderen vanaf zestig jaar met lichte depressieve

\*) Deze productie is mogelijk gemaakt door subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, het Fonds Zomerpostzegels en het Groene Kruis Den Haag. Uitzending vond plaats door de KRO.

\*\*) Vervaardigd in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

\*\*\*) Mogelijk gemaakt met een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

klachten en is ontwikkeld door Lewinsohn. Doel van de cursus is het verhogen van het aantal plezierige activiteiten en het oppakken van bestaande problemen, via een stappenplan (9). Hiertoe worden verschillende methodieken gecombineerd aangeboden. De theorie van Lewinsohn gaat er van uit dat een depressie wordt veroorzaakt door een verlaging van het niveau van positieve bekrachtiging. Op basis van deze theorie heeft hij een gedragtherapeutische interventie ontwikkeld. De interventie is erop gericht om bij depressieve personen het aantal positieve bekrachtigers te vergroten. Diverse onderzoeken hebben duidelijk gemaakt dat deze therapie inderdaad in staat is de stemming bij depressieve personen te verbeteren. De eerste ervaringen die de RIAGG's in Den Haag met de cursus hebben opgedaan lijken deze conclusie te ondersteunen.

### Tot slot

Succesvolle behandeling van een depressie is, ook bij ouderen, goed mogelijk. De kans op herstel is even groot als bij jongeren. Bij het vermoeden van een depressie is de huisarts de aangewezen persoon om te raadplegen. De huisarts is in de gelegenheid lichamelijke factoren op te sporen, het medicijngebruik te controleren, vast te stellen of er kan worden gesproken van een depressie en zonodig antidepressiva voor te schrijven. Indien gewenst kan de huisarts de RIAGG inschakelen of de oudere verwijzen naar het maatschappelijk werk dan wel de polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

De komende tijd zullen de Haagse RIAGG's doorgaan met het project 'Depressies en ouderen'. Behalve het optimaal inzetten van de reeds ontwikkelde preventieve interventies worden ook een aantal nieuwe activiteiten ondernomen, zoals een ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers en een nascholing voor verzorgingshuizen.

### Literatuur:

1. Gent PPJM van. Vroegdiagnostiek, opsporing en preventie bij ouderen. In: Ruijter GN (red.). Depressie en stemmingstoornissen bij ouderen. Medical Information and Communication Services, 1995: 73-8.
2. Beer B de, Lange J de. Depressie bij ouderen: een literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk in de AGGZ. Nederlands Centrum Geestelijke volksgezondheid. Utrecht 1993.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Revised Edition. Washington D.C.: APA, 1987.
4. Verkaaik AJB. Depressie op latere leeftijd. Nijkerk: Uitgeverij Intro, 1994.
5. Cuijpers P, Blom MM, Weersink LTh. Preventieve interventies bij ouderen met depressieve klachten. M Geest Volksgezondh 1995; 50: 386-400.
6. Baldwin B. The Outcome of Depression in Old Age. Int J Geriatric Psych 1991; 6: 395-400.
7. Consensus Development Conference on the Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life: Program and Abstracts/ Revised Draft Consensus Statement. National Institutes of Health 1991.
8. Kennedy G, Kelman HR, Thomas C. Persistence and Remission of Depressive Symptoms in Late Life. Am J Psych 1991; 148: 174-8.
9. Ormel J, Brink W van den, Meer K van der, e.a. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 123-6.
10. Cuijpers P, Salden M. De plezierige activiteiten lijst voor ouderen. Tijdschr Gerontol en Geriatrie 1996; 27: 54-61.

#### Contactpersoonpreventieproject

'Depressies en ouderen':

Ineke Kersten, projectleider

RIAGG Zuidhage

Leggelostraat 85, 2541 HR Den Haag

Telefoonnummer: 070 - 321 33 34

#### Voorlichtingsmateriaalpreventieproject

'Depressies en ouderen':

- 'Achter een lachend gezicht: depressie bij ouderen' (brochure voor ouderen met een depressie en voor hun partners en familieleden)

- Niet met zoveel woorden: depressie bij ouderen' (brochure voor hulpverleners in de thuiszorg)

- Pakketten deskundigheidsbevordering (voor het publiek, de thuiszorg of de huisarts).

Voor informatie over dit materiaal kunt u zich wenden

tot: RIAGG Westhage, afdeling Preventie,

Telefoonnummer: 070 - 346 92 82.

# Haagse heroïneverslaafden in beeld

Mw. M.A. Eland-Goossensen

## **Verschillen harddrugverslaafden buiten het hulpverleningscircuit van diegenen die wel gebruik maken van de drugshulpverlening?**

**Een verslag van een uitgebreid onderzoek bij 329 heroïneverslaafden in Den Haag, waaronder 84 die geen gebruik maken van enige vorm van hulpverlening. Hun psychopathologie en drug- en drugsgerelateerde problemen worden vergeleken met die van harddrugverslaafden in drie (behandel)settings.**

Veel van de huidige kennis over problemen van harddruggebruikers is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek dat heeft plaatsgevonden onder harddruggebruikers in behandeling. Dit is begrijpelijk omdat zij het eenvoudigst kunnen worden bereikt. Hierdoor kan echter wel impliciet het idee ontstaan dat de problemen van harddruggebruikers binnen en buiten de drughulpverlening overeenkomen. Dit zou een onjuiste veronderstelling kunnen zijn. Enkele internationale onderzoeken, waarin harddruggebruikers binnen en buiten de drughulpverlening worden vergeleken tonen inderdaad aan dat er verschillen bestaan, bijvoorbeeld in de mate van depressiviteit (1). Vanuit deze achtergrond is gekozen een onderzoek onder heroïneverslaafden in Den Haag uit te voeren waarin verslaafden binnen en buiten behandeling beiden participeren en kunnen worden vergeleken. Het onderzoek, waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan, is in Den Haag uitgevoerd door het Instituut voor Verslavingsonderzoek in Rotterdam (IVO) <sup>1)</sup>.

*1) Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid, het Trustfonds van de Erasmus Universiteit en door de Gemeente Den Haag. De studie is uitgevoerd in samenwerking met Centrum Verslavingszorg Zeestraat en Verslavingscircuit Bloemendaal. De auteur dankt alle respondenten die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend en vele anderen, in bijzonder Liesbeth Vollemans vanwege haar waardevolle bijdrage aan het veldwerk in Den Haag.*

Het aantal heroïneverslaafden in Den Haag is niet precies bekend. In 1994 werd hun aantal door de gemeente geschat op ongeveer 2.500 (2). Een andere schatting werd door Versteegh gedaan in zijn onderzoek naar criminele harddruggebruikers (3). Hierin wordt de omvang van de criminele harddruggebruikers geschat op 1.400 tot 1.600.

Het hier te bespreken onderzoek leent zich niet voor het maken van schattingen van aantallen drugverslaafden, maar brengt druggerelateerde problemen in

*Over de auteur:*

*Mw. M.A. Eland-Goossensen, psycholoog, werkzaam als onderzoeker bij het Instituut voor Verslavingsonderzoek in Rotterdam.*



kaart van gebruikers die ten minste twee jaar aan heroïne zijn verslaafd. Tijdens het onderzoek is gebleken dat er nauwelijks nog alleen heroïne wordt gebruikt. Het merendeel van de harddrugverslaafden gebruikt diverse middelen op dezelfde dag. Gebruikers van alleen cocaïne of alleen amfetaminen zijn niet betrokken in het onderzoek en ook zijn experimenterende of gecontroleerde (niet verslaafde) heroïnegebruikers buiten beschouwing gelaten.

De onderzoeksvraag die centraal staat is: 'Welke verschillen en overeenkomsten bestaan er tussen heroïneverslaafden binnen en buiten de drughulpverlening?'

Ingegaan zal worden op demografische kenmerken, de inkomsten, de leefsituatie, de contacten met justitie, de psychische klachten en de contacten met de hulpverlening van de heroïneverslaafden in Den Haag.

### **Onderzoeksgroep**

In totaal zijn 329 heroïneverslaafden voor het onderzoek geworven, verdeeld over vier (behandel)situaties. Hieronder zijn drie Haagse hulpverleningsprogramma's. In het methadonprogramma van Centrum Verslavingszorg Zeestraat zijn 94 heroïneverslaafden geïnterviewd (Methadongroep). Het is een laagdrempelig programma, waarbij de verslaafde in de eigen woonomgeving blijft en dagelijks, of ten minste enkele malen per week, methadon haalt. In het klinisch detoxificatiecentrum 'De Weg', een afdeling van het Verslavingscircuit van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, zijn 74 verslaafden geïnterviewd. De Weg biedt een ontgiftingsprogramma, waar met behulp van een korte methadonkuur de lichamelijke verslaving wordt teruggebracht. De dagindeling is sterk gestructureerd. Verder zijn 77 verslaafden geïnterviewd die hun behandeling na De Weg vervolgen op de therapeutische gemeenschap 'Emiliehoeve', eveneens behorend tot het Verslavingscircuit Bloemendaal. Deze afdeling biedt een intensief gestructureerd programma, dat over het algemeen langer dan een jaar duurt en na ontslag wordt gevolgd door een 'terugkeerprogramma' in de vorm van begeleid wonen en nazorg. Van begin 1993 tot eind 1995 zijn nieuw aangemelde heroïneverslaafden geselecteerd, die minimaal twee weken deelnamen aan het programma.

Buiten het behandelingscircuit zijn 84 verslaafden geïnterviewd. Deze 'veldgroep' is samengesteld via de zogenaamde 'snowball sampling' methode, waarin nieuwe deelnemers aan het onderzoek worden gevonden via verwijzingen van al geïnterviewde verslaafden (4). Voorwaarde was dat ze niet in behandeling waren geweest gedurende de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek. Hoe de deelname van deze moeilijk toegankelijke veldgroep werd verkregen is uitgebreid beschreven in een eerder Epidemiologisch Bulletin (5).

### **Meetinstrumenten en representativiteit**

Zowel bij de respondenten in de hulpverlening als in het veld zijn twee gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen. Dit is de Addiction Severity Index (ASI) (6)(7), waarmee informatie over drug- en druggerelateerde problemen wordt verzameld en het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (8), waarmee de psychopathologie (DSM-III-R) in kaart wordt gebracht.

Daarnaast is bij 48 gebruikers, verdeeld over de vier behandel(situaties), een ongestructureerd interview afgenomen dat er op was gericht de beleving van het middelengebruik te inventariseren als tegenhanger van de twee gestandaardiseerde instrumenten. Ook is gevraagd naar de motivaties en de belemmeringen die samenhangen met de vraag naar professionele hulp. Met het afnemen van de interviews was in het algemeen circa vier uur gemoeid, waardoor verschillende afspraken per respondent moesten worden gemaakt. Dit heeft de kans op een volledige deelname extra onder druk gezet. Iedere respondent in het veld kreeg voor deze interviews een vergoeding van vijftig gulden.

Een ongunstige situatie voor het verkrijgen van een representatieve steekproef uit de veldgroep was het ontbreken van een totaaloverzicht van heroïnegebruikers in het veld, waardoor respondenten niet volgens het toeval konden worden gekozen. Daarnaast kon uiteraard vertekening in de uitkomsten ontstaan doordat potentiële kandidaten niet (volledig) (konden) deelnemen aan het onderzoek \*). Hun sociaal-demografische kenmerken waren echter niet systematisch afwijkend van die van de geïnterviewde groep.

\*) Non-respons: Methadonprogramma: 26%; Detoxificatiecentrum en therapeutische gemeenschap samen: 20%; Veld: 22% van de genomineerden werd niet gevonden.

**tabel 1**

Procentuele verdeling van het middelengebruik gedurende de afgelopen maand voor het interview en de toedieningswijzen van de belangrijkste twee middelen, uitgesplitst naar de vier groepen heroïneverslaafden (combinaties zijn mogelijk).

(Wijze van) middelengebruik	Veldgroep n=84 %.	Methadongroep n=94 %.	Detox-groep n=74 %.	Therap.gem. n=77 %.
Heroïnegebruik	98.8	98.9	93.0	81.5
Methadongebruik	9.9	41.1	69.0	50.6
Cocaïnegebruik	71.6	72.2	67.2	59.3
Alcoholgebruik (overmatig)	23.5	33.3	24.4	22.2
Chinezen <sup>2)</sup>	72.8	67.8	58.6	65.4
Injecteren	24.7	16.7	10.3	17.3
Basen (cocaïne) <sup>2)</sup>	25.9	18.9	19.0	28.4

De gegevens van dit onderzoek zijn gebaseerd op zelfrapportage. Dit betekent dat door geheugenstoornissen of ontkenning van de problematiek vertekening van de informatie kan hebben plaatsgevonden. Echter doordat de respondenten niets te winnen of te verliezen hebben bij het verdraaien van de informatie, zoals wel het geval is bij bijvoorbeeld het instellen van gebruikers op een bepaalde hoeveelheid methadon, vermoeden we dat de kans op moedwillige vertekening klein is geweest.

Eerst zullen de uitkomsten van de ASI en de CIDI worden besproken, geïllustreerd met gegevens uit de open interviews. Daarna zal aan de hand van de kwalitatieve gegevens een indruk worden gegeven van de wijze waarop het druggebruik en de gevolgen ervan worden beleefd.

### Resultaten

Bij vergelijking van de vier groepen naar hun demografische kenmerken komen twee verschillen naar voren. Ten eerste blijkt dat de groep buiten behandeling bestaat uit meer heroïnegebruikers met een niet-Nederlandse achtergrond (44% versus in de andere groepen 17% tot 27%). Ten tweede komen er in de groep buiten behandeling minder heroïnegebruikers voor die jonger dan 25 jaar zijn (6% versus in de andere groepen 13% tot 27%).

#### Middelengebruik

Wanneer we kijken naar het middelengebruik in de afgelopen maand en de wijze van toediening hiervan in de vier groepen (tabel 1), dan blijken verschillen te bestaan in heroïnegebruik en in methadongebruik

binnen en buiten de hulpverlening. In de veldgroep werd minder methadongebruik gemeld. De verklaring hiervoor leidt terug naar de criteria voor deelname aan het onderzoek. De veldgroep heeft immers geen hulpverlening gehad in de afgelopen twee jaar (ook geen methadon), terwijl dit niet geldt voor de andere drie groepen. Dat methadon niet uitsluitend verkrijgbaar is via het verstrekkingprogramma blijkt uit het methadongebruik in de veldgroep. 10% van deze respondenten nam één of verschillende keren methadon in de afgelopen maand, waarschijnlijk gekocht via de zwarte markt. Ook is het percentage verslaafden in de methadongroep dat reeds methadon gebruikte gedurende de maand vóór aanmelding opvallend hoog. Daarnaast blijkt dat meer dan de helft van de verslaafden die zich aanmelden voor een intramurale instelling doorstroomt vanuit een methadonprogramma.

Een belangrijk punt met betrekking tot overlast is het gebruik van gekookte cocaïne of crack <sup>2)</sup>. In tegenstelling tot het gebruik van opiaten is de werking van gekookte cocaïne en crack opwekkend, maar van zeer korte duur. Een 35-jarige vrouw met een psychiatrische voorgeschiedenis (veldgroep) vertelt hierover:

*I(nterviewster): Wat gebeurt er als jij wit [cocaïne, red.] gebruikt? R(espondent): Dan word ik paranoia, dan denk ik dat politie achter me aankomt, dat brandweerauto's me bedreigen, dat ambulances voorbij rijden en daar raak ik van in de war en eh para. I: En bij bruin [heroïne, red.]? R: Bij bruin, dat is pijnstillend, dan zie je niet zo waar je in zit, de*

**tabel 2**

Procentuele verdeling van de bron van inkomsten en de leefsituatie, uitgesplitst naar de vier groepen heroïneverslaafden.

Inkomen en leefsituatie	Veldgroep n=84 %	Methadongroep n=94 %	Detox-groep. n=74 %	Therap.gem. n=77 %
Belangrijkste bron van Inkomsten :				
Loon	2.5	12.5	19.3	7.4
Uitkering	49.4	60.0	43.9	49.4
Onconventioneel	39.5	10.0	10.5	19.8
<i>In het afgelopen half jaar:</i>				
Dealen	23.5	8.9	6.9	12.3
Prostitutie	12.3	3.3	10.3	3.7
Leefsituatie:				
<i>In het afgelopen half jaar:</i>				
Alleenstaand	43.2	35.6	32.8	34.6
Met partner (en kinderen)	28.4	28.9	22.4	16.0
Ouders	9.9	1.1	6.9	12.3
Zwervend	8.6	16.7	22.4	19.8

situatie, je vlucht erin. Je vlucht voor je problemen die je hebt. Dat je geen contact hebt met je familie.

Een vrouw uit de therapeutische gemeenschap (37 jaar) illustreert het veel voorkomende gebrek aan controle bij het basen <sup>2)</sup> van gekookte cocaïne als volgt:

*Bruin, heroïne nam ik echt alleen nog maar als ik opstond, ziek was. Maar heel weinig van al het geld wat ik maakte. En ik was echt dagen op, 24 uur per dag, 48 uur per dag continu pijpen roken basen basen. I: Wit? R: Ja. Want eh een tientje is te veel wat je aan wit uitgeeft en duizend gulden is te weinig. Ja echt, je kan er beter niet aan beginnen vandaar dat ze zeiden een tientje is te veel. Duizend gulden is te weinig. Want je maakt alles op.*

Naast de negatieve psychische bijwerkingen zoals ziekelijke achterdocht en ongecontroleerde agres-

<sup>2)</sup> 'Chinezen' is het door een pijpje inhaleren van heroïne of cocaïne dat wordt verdampt van aluminiumfolie.  
'Basen' is het roken van klontjes gezuiverde cocaïne op as in een pijpje.  
'Gekookte cocaïne' is in ammonia gekookte cocaïne, waarna de te roken 'rocks' ontstaan.  
'Crack' is kant en klare gekookte cocaïne.

siviteit is een ander nadeel dat de werkingsduur van gekookte cocaïne of crack heel kort is. Niet langer dan een half uur na de ervaren 'high' treedt een depressieve reactie op, die als het ware vraagt om weer gebruiken. Wie toegeeft aan steeds weer een nieuwe high komt terecht in het zogenoemde 'binge'- gebruik, waarin dagen achtereen continu kan worden gebruikt, wat heel veel geld kost.

#### Inkomsten en leefsituatie

Weinig heroïneverslaafden krijgen loon uit regulier werk (tabel 2). In de veldgroep komt dit het minst voor. Zij genieten duidelijk meer onconventionele bronnen van inkomsten. In vergelijking met de respondenten in de andere groepen - waar meer methadon wordt gebruikt (zie tabel 1) - zullen ze ook meer geld nodig hebben. Hier hangen ook de hogere percentages voor dealen en prostitutie mee samen.

Wat betreft de leefsituatie is het opvallend dat het laagste percentage dak- en thuislozen is gevonden in de veldgroep (7% versus 17% en 23%), terwijl één van de ingangen tot de gebruikers in het veld een dagcentrum voor daklozen was. Uit de ongestructureerde interviews is gebleken dat het verlies van een huis als een belangrijke gebeurtenis in termen van een neergaande spiraal wordt ervaren. Drie respondenten over hun ervaring met dakloosheid:

*Vrouw, 35 jaar, veldgroep: In die periode sliep ik in de soepbus en in een tuinhuisje heb ik ook één nacht geslapen. Ik at bami, elke dag hetzelfde. Overdag ging ik van de soepbus naar het Leger des Heils, van het Leger des Heils weer naar de soepbus. En 's avonds je tijd doorbrengen in de stad. MacDonald in, ergens zitten, V en D in, Bijenkorf in, niet te lang blijven want dan valt het op en word je eruit gezet.*

*Man, 28 jaar, veldgroep: Dat vind ik het rotst, het vervelendst, dat ik geen huisvesting heb. Niet kan slapen wanneer ik wil en niet kan wassen wanneer ik wil en aankleden wanneer ik wil. Dat vind ik het vervelendste en ja het ziek zijn.*

*Man, 33 jaar, veldgroep: M'n record is twaalf kamers in drie jaar geweest, ik heb zo'n beetje elke hoek van Den Haag bewoond ... Ik woon nu bij een spastische klant van me die ik ken uit het bos [prostitutie, red.]. Maar ja, hij vreet mijn aandacht gewoon. Hij praat alleen maar over zichzelf. In het begin is dat wel op te brengen, ik kon ook steeds geld van hem lenen. Maar ja, op een gegeven moment heb ik toch gezegd dat ik wel eens een paar uur voor me uit wil staren en niet maar ouwehoeren en maar ouwehoeren. Dat vond hij niet echt leuk. Nou komt het erop neer dat ik in het fietsenhok kan zitten, en als ik boven kom dan wil hij gezellig doen, wat hij eronder verstaat. Overdag ben ik er toch niet. En 's avonds is het heerlijk rustig in dat fietsenhok. Tja het is gezelliger om een huiskamer te hebben, maar die rust maakt een heleboel goed.*

#### Contacten met justitie

Uit tabel 3 blijkt dat over het algemeen de groepen qua criminele activiteiten en veroordelingen tot 'vastzitten' redelijk vergelijkbaar zijn. Wel tonen de cijfers aan dat respondenten in de veldgroep, afgezien van de vermogensdelicten, vaker hebben gezeten en duidelijk vaker een langdurige straf hebben ondergaan.

**tabel 3**

*Percentage heroïneverslaafden dat 'gezetten' heeft, uitgesplitst naar de vier onderzoeksgroepen (combinaties mogelijk).*

Contacten met justitie	Veldgroep n=84 %	Methadongroep n=94 %	Detox-groep n=74 %	Therap.gem. n=77 %
Gezetten voor vermogensdelicten	55.6	44.9	60.3	42.0
Gezetten voor geweldsdelicten	28.4	20.0	19.0	21.0
Gezetten voor bezit/dealen	23.5	15.6	8.6	13.6
Langer dan twee jaar gezeten	27.2	19.1	8.6	12.3

Criminaliteit is één van de problemen die duidelijk niet beperkt blijft tot de verslaafden zelf, maar waar anderen het slachtoffer van worden. Opvallend is dat de respondenten bij zichzelf een verschuiving waarnemen, niet alleen in de ernst van de te ondernemen delicten, maar ook in de onverschilligheid ten aanzien van de criminele activiteiten. Het volgende citaat is een antwoord van een 30-jarige man (detox-groep) op de vraag hoe hij aan het geld kwam:

*In het begin lichtte ik best wel mijn grootmoeder op. Heel veel, en mijn ouders. Dat kwam zo, die hadden veel geld en dat ging met duizenden tegelijk. Dat is wel twee jaar zo gegaan. Toen had ik mijn werk ook nog. Die zaak waar ik werkte, er was altijd geld in de kassa. Het geld kwam gewoon binnen, het was gewoon pakken. Maar later, op den duur, het raakt allemaal op. Mijn oma is geen boom waar je aan blijft schudden, weet je, dat begon ik wel door te krijgen. Vroeger deed ik ook wel eens dingen, maar je zit niet in het circuit van handige jongens die effe een auto open maken. Dan leer je iemand kennen uit die wereld, die jongen kwam bij me in huis. Hij was ontzettend snel in het auto's wegrijden en auto's leeghalen. Dat heb ik ook altijd gedaan. Niet een huis pakken of dat soort dingen, maar merendeels autoradio's weghalen. Je leert er iets van, van die jongen, je leert er handigheid in te krijgen. In het begin sta je er gewoon bij en op het laatst doe je het zelf. In het begin heb je er nog angst voor en zo, maar er moet toch geld komen en je wordt steeds brutaler. In het begin pak je auto's op de hoek van de straat in het donker. Op het laatst interesseert het je niet meer en pak je ze gewoon tegenover het politiebureau, of waar mensen bij staan. Je wordt brutaler en brutaler. Ja, die brutaliteit heeft me de nek gekost. Want toen ik het laatste jaar weer ging gebruiken, viel ik weer in hetzelfde terug, weer autoradio's stelen. Ja, tot op een gegeven ogenblik komt er een kerel aan, die mij*

tabel 4

Percentage heroïneverslaafden naar psychische klacht(en) (combinaties mogelijk) uitgesplitst naar de vier onderzoeksgroepen.

Psychische klachten	Veldgroep n=84 %	Methadongroep n=94 %	Detox-groep n=74 %	Therap.gem n=77 %
Trauma's	50,6	34,8	56,9	66,7
Recentelijk depressief	23,5	21,1	53,4	40,7
Recentelijk angstig of gespannen	17,3	16,7	53,4	49,4
Suicide ooit	34,6	16,7	25,9	34,6

\*) Volgens ASI®: 'belangrijke gebeurtenissen in uw leven waar u in psychisch opzicht nog veel last van ondervindt (bijvoorbeeld seksuele mishandeling/geweld andere vormen van mishandeling, het verliezen van ouders, partner, kinderen enz.

bij mijn kladden pakte. Ja, toen liep het verkeerd af. Die heb ik neergestoken. Ja en dat was de limit en zo is het eigenlijk gekomen zo. I: Was je eigenlijk al gewend om wapens te gebruiken? R: Nee, het was eigenlijk een angstreactie.

#### Psychische klachten en hulpverlening

Tabel 4 met gegevens over psychische klachten toont grote verschillen tussen de groepen. Respondenten die zich aanmelden voor het detoxificatieprogramma of de therapeutische gemeenschap melden meer trauma's en zijn vaker recentelijk depressief of angstig geweest. Opvallend is dat niet de respondenten in het veld maar de respondenten in de methadongroep de minste psychische klachten melden.

Een moeilijkheid bij gecombineerde psychische en verslavingsklachten is dat vaak niet duidelijk is hoe de relatie ligt. Ontstaan er psychische klachten door overmatig opiaatgebruik? Verdwijnen de psychische klachten vanzelf weer na het afkicken? Of heeft het druggebruik juist de functie om depressiviteitsgevoe-

lens of hallucinaties te onderdrukken? Terwijl uit dit onderzoek blijkt dat deze problemen een aanleiding zijn om intramuraal hulp te vragen, is uit ander onderzoek gebleken dat ernstige psychische problemen de kans op succesvolle behandeling kunnen verkleinen (9).

Wat eerdere contacten met de hulpverlening betreft (zie tabel 5) valt op, dat twee van de vijf respondenten die zich nu aanmelden voor een behandeling in de therapeutische gemeenschap daar voorheen eerder zijn geweest. Het merendeel van hen heeft eveneens deelgenomen aan het methadon- of detoxificatieprogramma. We zien deze percentages evenredig afnemen bij deelnemers aan minder zware programma's. In dezelfde lijn vinden we, in vergelijking met respondenten die zich nu voor het detoxificatieprogramma of de therapeutische gemeenschap aanmelden, dat minder respondenten in het veld ooit hebben deelgenomen aan een methadonprogramma. Dit duidt op een trapsgewijs oplopende behandelcarrière, wanneer we kijken naar de intensiteit van het behandelprogramma.

tabel 5

Percentage heroïneverslaafden dat deelgenomen heeft aan behandelprogramma's in de verslavingszorg uitgesplitst naar de vier onderzoeksgroepen (combinaties mogelijk).

Deelgenomen aan behandelingsprogramma's verslavingszorg	Veldgroep n=84 %	Methadongroep n=94 %	Detox-groep n=74 %	Therap.gem. n=77 %
Nooit behandeling	19,8	16,7	15,2	1,2
Ooit in methadongroep	67,9	76,7	87,9	86,4
Ooit in Detox-groep	42,0	43,3	46,6	61,7
Ooit in Therap.gemeenschap	16,0	21,1	20,7	42,0
Gem. aantal behandel episodes	3,6	4,8	5,1	6,4

Redenen om wel hulp te zoeken zijn uiteenlopend. Soms is de druk van familie of partner van invloed, soms is een lichamelijke conditie, zoals een spuit-absces of een HIV-besmetting, de aanleiding. In andere gevallen wil een heroïnegebruiker het contact met zijn of haar kinderen niet verliezen, gaat het scoren minder of is veelvuldig vastzitten aanleiding tot het aankloppen bij de hulpverlening. Redenen om geen hulp te zoeken liggen in het niet ervaren van hulpbehoefte of in negatieve ideeën over de hulpverleningsinstellingen of in slechte ervaringen hiermee. Verder bleek het voor heroïnegebruikers die eerder in tehuisen verbleven, moeilijker deel te nemen aan intramurale hulpverleningsprogramma's vanwege de strakke structuur in deze instellingen.

#### *Neergaande spiraal*

In de gesprekken die zijn gevoerd met de 48 heroïneverslaafden, werd door een ieder een verhaal verteld waarin (elementen van) een neergaande spiraal waren terug te vinden. Zo sprak een 28-jarige verslaafde uit de detox-groep als volgt:

*Ik wist dat het erger en erger werd, weet je, ik bedoel ik gleed gewoon naar beneden. Het werd erger. Ik had geen huis meer, ik leefde op straat, mijn leven was ellende. Terwijl ik gewend was om op mezelf te wonen, ik had altijd een mooi huis gehad. Ik verloor mijn vrienden, mijn familie. Ik wendde me af van hen.*

Dit afglijden wordt door veel respondenten als een autonoom proces ervaren, dat begint bij het verlies van controle over het druggebruik. Het kan worden versneld door verschillende aanleidingen. Daarbij blijkt het afglijdingsproces zich dikwijls uit te breiden naar andere aspecten van iemands leven (werk, sociale contacten). Een man van 30 jaar (detox-groep) vertelt:

*In het begin kon ik het allemaal 'handelen', ik had een goede baan toen ook, ik was zetbaas in een broodjeszaak in Breda. Ik verdiende aardig en zo. Ten eerste heb ik toen die zaak helemaal op zitten eten. Nou, mijn relatie ging ook al niet goed meer, ze ging bij me weg. Nou, ik bleef wel in die flat, maar in die flat ging ik dealen. En ik betaalde mijn huur niet. Daar verkocht ik alles, dus op het laatst stond er niks meer binnen. Ik zakte helemaal naar beneden toe. Nou, toen had ik niks meer.*

Door de illegaliteit van het middel zijn de prijzen hoog en kan het druggebruik niet meer van een gemiddeld loon worden betaald. Het is hierdoor dat veel respondenten aangeven te komen tot criminele activiteiten zoals cheques vervalsen, winkeldiefstallen, autoradio's stelen, of zelfs bankovervallen. Op sociaal gebied worden problemen gemeld met vrienden, familie en met de partner of gezin. Soms is dit een gevolg van liegen, manipuleren of het 'lenen' van geld. Ook melden sommigen dat het stelen van waardevolle zaken of het onder invloed zijn van de verslaafde oorzaken zijn voor wrijving of verwijdering. Het contact met vrienden en familie wordt door verschillende respondenten geheel verbroken. Respondenten met kinderen geven aan dat het verlies van de verzorging hiervan als meest pijnlijk wordt ervaren.

In aanvulling op de negatieve gevolgen op materieel en sociaal vlak heeft de heroïne-afhankelijkheid voor verscheidene respondenten ook psychische consequenties. Er kunnen bijvoorbeeld hallucinaties, depressies of angsten optreden. En ook wordt door veel respondenten een afstand tussen gedrag onder invloed van heroïne en de authentieke morele normen ervaren, hetgeen herkenbaar is in hun uitingen van schaamte en schuld in de uitspraken.

Naast de neergaande aspecten werden in de verhalen over het druggebruik en de gevolgen daarvan ook opgaande of stabiliserende mechanismen gevonden. Periodes van onthouding, het vermijden van cocaïnegebruik, terug kunnen vallen op de verzorging door familieleden of het vragen van professionele hulp zijn voorbeelden van regulering of zelfcontrole. Doordat sommige gebruikers in staat zijn in redelijke mate controle uit te oefenen is het verloop van de negatieve spiraal en een eventuele ommekeer daarin niet voor iedereen gelijk. Hiervan getuigt het volgende fragment van een 43-jarige man buiten de drughulpverlening:

*Ik kan mijn druggebruik beperken. Ik doe geen rare dingen voor dope. In ga niet inbreken of mensen beroven. Ik zou zulke dingen nooit doen om aan heroïne te komen. Als ik niet kan werken en ik heb geen geld voor dope, that's it. Misschien is het luiheid, maar ik ren niet overal heen om op mijn knieën om een beetje dope te vragen. Ik doe die dingen niet.*

### Samenvatting en conclusie

We kunnen concluderen dat er verschillen zijn gevonden tussen de groepen binnen en buiten de drughulpverlening. In de veldgroep komen meer gebruikers met een allochtone achtergrond voor en minder jongere gebruikers. Bij dit gegeven kan de vraag worden gesteld of het behandelcircuit minder toegankelijk is voor allochtone gebruikers of dat er andere redenen zijn voor hun geringere deelname. Dat jonge gebruikers de weg naar de behandelingsmogelijkheden kennelijk goed weten te vinden is positief te noemen. Onder hen vinden we geen gebrek aan informatie of andere barrières. Daarnaast is gevonden dat de respondenten in het veld minder vaak werk blijken te hebben en vaker onconventionele activiteiten beoefenen zoals dealen en criminele activiteiten. Het merendeel onder hen heeft ook (langer) vast gezeten, in vergelijking met de andere groepen. Dit duidt op een 'harde kern' in de groep gebruikers buiten behandeling die geen gebruik maakt van methadon en aangewezen blijft op illegale wijzen om aan geld te komen. Een nadere beschrijving van hun redenen om niet deel te willen nemen aan de methadonvertrekking verschaft mogelijk meer inzicht in hun eventuele negatieve evaluaties van dit programma, dat toch gemakkelijk toegankelijk is.

Verder is een belangrijk verschil tussen verslaafden binnen en buiten de drughulpverlening dat psychische klachten blijken samen te hangen met het aanmelden voor intramurale behandeling. Deze conclusie is een extra aansporing om aandacht te besteden aan de behandeling voor gecombineerde psychiatrische en verslavingsproblematiek. Niet alleen bevestigt literatuuronderzoek dat gebruikers met deze gecombineerde problemen vaker om behandeling vragen (1), ook is gevonden dat ze slechtere resultaten boeken in behandeling (9).

Uit de hulpverleningservaringen blijkt verder, dat diegenen die zich aanmelden voor het detoxificatieprogramma of de therapeutische gemeenschap al vaker voor behandeling zijn gekomen in dezelfde of vergelijkbare instellingen, aansluitend op deelname aan een methadonprogramma. Ook heeft een relatief groot gedeelte van de respondenten, dat voor een therapeutische gemeenschap kiest, al eerder aan een dergelijk programma meegedaan.

Uit de kwalitatieve gegevens bleek dat in alle gesprekken met respondenten die minimaal twee jaar

regelmatig heroïne hebben gebruikt (aspecten van) een neergaande spiraal te herkennen was. Deze neergang vond plaats op verschillende gebieden. Een gebrek aan geld leidde voor velen tot illegale activiteiten, zoals criminaliteit. Sociale relaties hadden te lijden onder het druggebruik. Ook had het midde-engebruik en/of het leven eromheen negatieve psychische consequenties. Hoewel ieder geanalyseerd verhaal neergaande aspecten bevatte, bleek zelfregulering deze neergang te kunnen stabiliseren of omkeren. Dit komt overeen met de bevindingen in een recent verschenen proefschrift (10). De zelfregulering nam de vorm aan van het vasthouden aan eerder aangehangen principes (bijvoorbeeld niet stelen) of het controleren van bezigheden zoals spuiten of het basen van cocaïne.

#### Literatuur:

1. Rounsaville BJ, Kleber HD. Untreated Opiate Addicts: How do they differ from those seeking Treatment? Archives of General Psychiatry 1985; 42, 1072-7.
2. Stuurgroep Dwang en Drang. Programma reductie overlast drugverslaafden Haaglanden. Gemeente Den Haag 1994.
3. Versteegh P. Criminele harddruggebruikers in Den Haag. Politie/Haaglanden, Bureau Analyse en Research 1995.
4. Eland-Goossensen MA, Vollemans EC, Hendriks VM e.a. Applying Snowball Sampling among Opiate Addicts Inside and Outside the Treatment System: Theoretical Considerations and Practice in a Medium Sized Dutch City. Addiction Research, in press.
5. Eland-Goossensen MA, Vollemans EC, Hendriks VM. Heroïnegebruikers 'zonder zorg': eerste indrukken uit een onderzoek in Den Haag. Epidemiol Bul Grav 1995; 30 nr. 3: 17-23.
6. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE e.a. An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. J of Nervous and Mental Disease 1980; 168: 26-33.
7. Hendriks VM, Kaplan CD, Limbeek J van e.a. The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch Addict Population. J of Substance Abuse Treatment 1993; 6: 133-141.
8. Robins LN, Witschen H-U, Helzer JE e.a. The Composite International Diagnostic Interview: An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction with Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. Archives of General Psychiatry 1989; 45: 1069-77.
9. McLellan AT, Woody GE, Luborsky L e.a. Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments: Role of Psychiatric Severity. Archives of General Psychiatry 1983; 40: 620-5.
10. Prins EH. Maturing Out: an Empirical Study of Personal Histories and Processes in Hard-drug Addiction. Dissertatie. Rotterdam. 1995.

# Leefwereldonderzoek onder 16-24-jarigen

*Een impuls voor actie en samenwerking*

Mw. H.M.J.A. Loenen

**In mei 1996 presenteerde de GGD West-Holland in een jongerensoos de resultaten van het 'Leefwereldonderzoek 16-24-jarigen'. Jongeren in Leidschendam, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer hadden eind 1994 van de GGD West-Holland een vragenlijst gekregen. Daarmee kwam een veelheid aan informatie beschikbaar: wat vinden ze van hun leefsituatie en gezondheid, wat willen ze hieraan verbeterd zien, hoe wonen ze, wat doen ze in hun vrije tijd, enzovoort. Een samenvatting van de belangrijkste resultaten.**

De gezondheid, of beter gezegd het ontbreken ervan, is vaak een belangrijk facet van maatschappelijke problemen. Dit maakt het streven naar een goede gezondheid van jongeren in een gezonde leefsituatie tot gemeenschappelijk doel van zowel het gemeentelijke jongerenbeleid als het preventiebeleid voor jeugdigen van de GGD. Zo zijn een leefbare omgeving en een toereikend aanbod van voorzieningen niet alleen vanuit welzijnsoogpunt van belang maar ook ter preventie van psychosociale (gezondheids)problemen.

Sinds 1990 ontwikkelen de GGD'en in Nederland, behalve producten voor de schoolgaande jeugd, ook producten voor niet-schoolgaande jongeren. Naar alle waarschijnlijkheid bevinden zich in laatstgenoemde groep veel jongeren met een verhoogd risico op psychosociale problemen, vooral wanneer ze niet zijn opgenomen in het arbeidsproces. Aan deze groep wil de GGD West-Holland in zijn activiteiten extra aandacht besteden. De GGD zoekt al enige jaren naar mogelijkheden deze jongeren, dus buiten het onderwijs, te bereiken. Daarnaast wil de dienst zijn preventieve activiteiten dichterbij de jongeren aanbieden en meer afstemmen op hun behoeften (1). Een dergelijke aanpak wordt ook in diverse recente landelijke nota's bepleit voor het gemeentelijke jongerenbeleid (2)(3).

Op grond van deze overwegingen heeft de GGD West-Holland in 1995 door middel van een schrifte-

---

*Over de auteur:*

Mw. H.M.J.A. Loenen, epidemioloog, Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst West-Holland.



lijke vragenlijst een leefwereldonderzoek verricht onder 16 tot en met 24 jarigen, die stonden ingeschreven in de gemeenten Leidschendam, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer. Hij heeft daarbij voor een onderzoek gekozen dat, behalve op eigen gezondheidsvragen, ook antwoord geeft op (beleids)vragen van gemeenten en andere (zorg)instellingen.

Bij de keuze van de vragen kon niet altijd gebruik worden gemaakt van reeds gevalideerde vragen(sets). Bij sommige vragen kan niet worden uitgesloten dat sociaal-wenselijke antwoorden zijn gegeven. Verder is het aantal vragen bewust beperkt gehouden ten gunste van een goede deelname. Mede om deze redenen moet dit onderzoek worden gezien als een eerste verkenning.

### ***Accent op psychosociale gezondheid***

Lichamelijk zijn de 16-24-jarigen relatief gezond. Wel zien we vaak dat deze leeftijdsfase gepaard gaat met kenmerken als een negatief zelfbeeld, eenzaamheid, spanningen en piekeren. Dit hangt veelal samen met onzekerheid over veranderingen of ontwikkelingen op het gebied van scholing, arbeid, relaties en seksualiteit en met onvermogen om met dergelijke overgangen om te gaan. Uit verschillende recente publicaties over de jeugd blijkt dat het percentage jongeren met psychosociale gezondheidsklachten ligt tussen de 10 en 20 (4)(5)(6)(7)(8). Er bestaan voorts aanwijzingen dat de manier waarop iemand zijn problemen probeert op te lossen op langere termijn eveneens van invloed is op de lichamelijke gezondheid. Iemand staat er slechter voor wanneer hij/zij zich snel laat ontmoedigen en ervan overtuigd is zelf geen invloed op problemen te kunnen uitoefenen (10). Al met al valt er onder jongeren, door het beïnvloeden van de factoren die op hun beurt meer van invloed zijn op de psychosociale gezondheid, relatief veel gezondheidswinst te behalen. Hierop is de inhoud van de vragenlijst vooral gericht.

### ***Onderzoeksmethode en respons***

Via de afdeling Burgerzaken van de vier deelnemende gemeenten is een aselechte steekproef verkregen van één op de twintig aldaar wonende 16-24-jarigen. Deze jongeren ontvingen per post een enquête voorzien van een stimulerende poster met kreten als 'werk je mee aan een gezonde leefsituatie voor jongeren?' en 'laat je stem horen!'. Bovendien

werd deelname gestimuleerd door de respondenten via een loting kans te geven op een prijs. De vragenlijst was in kleur gedrukt en geïllustreerd met komische cartoons.

Voorafgaand aan de verzending van de enquêtes werd bekendheid gegeven aan het onderzoek door de wervingsposter ook op te hangen op plaatsen waar jongeren veel komen en via diverse krantenartikelen en radio-interviews.

Van de circa duizend aangeschreven jongeren van 16 t/m 24 jaar heeft 67% de enquête ingevuld en teruggestuurd naar de GGD West-Holland.

### ***Onderzoekspopulatie***

De onderzoekspopulatie bestaat voor iets minder dan de helft uit jongens. De gemiddelde leeftijd van de jongens en de meisjes is 19,5 jaar. 59% van de respondenten is scholier (schoolactiviteiten voor meer dan negentien uur per week, inclusief huiswerk) en 32% werkt (heeft een betaalde baan en besteedt minder dan negentien uur aan schoolactiviteiten). Van de groep die noch werkt en noch naar school gaat (9%), is iets meer dan de helft werkzoekend (5% van het totaal aantal respondenten). 20% komt uit een 'gebroken/één-oudergezin'. Bijna een kwart van de onderzoekspopulatie woont reeds zelfstandig. Meer dan de helft heeft een partner en 18% van de jongeren woont samen.

Ruim 90% van de respondenten is in Nederland geboren. Van de overige 10% zijn de meesten in Suriname geboren. Eén van de vijf deelnemers is allochtoon: zelf en/of (één van) de ouders buiten West-Europa geboren. De vader van 3% van de jongeren is arbeidsongeschikt en van 1,5% werkzoekend. Ten minste 30% van de vaders en 14% van de moeders heeft een HBO en/of universitaire opleiding afgerond. Uitsluitend lagere school heeft 5% van de vaders.

De respondenten zijn qua geslacht, (gemiddelde) leeftijd en woonplaats acceptabel representatief voor de 16-24-jarige jeugd in de GGD-regio.

### ***De belangrijkste resultaten***

Het risico psychosociale gezondheidsproblemen is groter bij jongeren die meer draaglast ervaren en/of over minder draagkracht beschikken. Daarom worden bij de bespreking van de resultaten, indien relevant, apart de uitkomsten van de zogenoemde

1) Voor dit onderzoek zijn 'risicojongeren' gedefinieerd als jongeren die twee of meer van de volgende kenmerken hebben:

- vaak last hebben van twee of meer van de volgende problemen: schulden, geldzorgen, problemen met jezelf, met vriendschap, met relaties, met seks, met werkzaken, op het werk, op school of moeite met zich concentreren;
- tot een 'gebroken/één-ouder gezin' behoren (4)(6);
- zich niet thuis voelen in een groep buiten de familie (4);
- nooit of slechts soms met iemand praten over problemen (4);
- geneigd zijn tot zeer passief omgaan met problemen (4).

'risicojongeren' <sup>1)</sup> weergegeven. Uitgaande van deze definitie blijkt 18% van de jongeren te behoren tot de 'risicojongeren'. Onder hen treffen we meer allochtonen (32%) aan dan onder de 'niet-risicojongeren' (18%).

#### Gezondheidsbeleving en leefstijl

De meeste jongeren (78%) ervaren hun gezondheid als goed tot heel goed; jongens (84%) hebben dit positieve oordeel vaker dan meisjes (72%). Circa 4% van de jongeren vindt de gezondheid niet zo best of slecht en één op de tien maakt zich (heel) vaak zorgen om de gezondheid.

Ongeveer één op de drie jongeren denkt dat weinig bewegen het afgelopen jaar slecht is geweest voor de gezondheid. Dit geldt ook voor roken en stressvolle ervaringen. Slecht of weinig slapen, onregelmatig

eten en ongezonde voeding geeft één op de vier op. Jongens geven hun drinkgedrag bij deze vraag vaker op dan meisjes (25% versus 10%).

Voor roken geldt dat van de jongeren die het als ongezond ervaren iets meer dan de helft dit gedrag wil veranderen. Bij opgave van weinig bewegen, ongezonde voeding en stress wenst driekwart dit te veranderen.

De risicojongeren oordelen over hun gezondheid ongeveer twee keer zo vaak, in vergelijking tot de niet-risicojongeren, met: 'het gaat wel', 'niet zo best' of 'slecht' (figuur 1). Verder maakt een groter deel onder hen zich (heel) vaak zorgen over de gezondheid (19% versus 8% van de andere jongeren) en vindt men vaker dat de gezondheid slechts een beetje te beïnvloeden is (36% versus 23%). De ongezonde voeding, het onregelmatige eten, het gebrek aan beweging, stress en spanningen, het weinig of slecht slapen, het druggebruik en ten slotte het vrijen zonder condoom met verschillende partners vinden de risicojongeren anderhalf tot twee keer zo vaak slecht voor hun gezondheid (tabel 1).

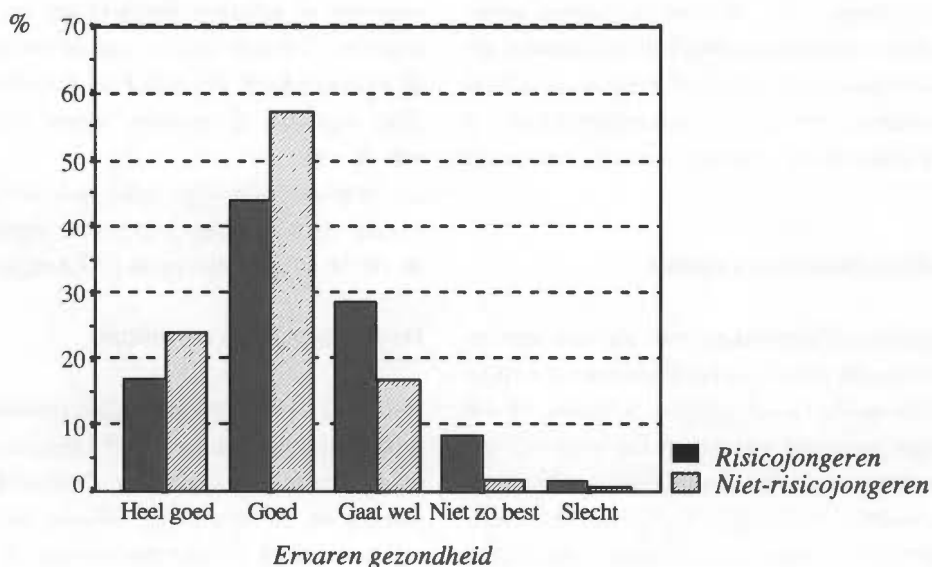
De niet-schoolgaanden ervaren het roken vaker als ongezond dan de scholieren (40% versus 31%).

#### Omgaan met problemen

Ongeveer drie van de vier jongeren hebben soms tot vaak moeite met zich concentreren en drie op de vijf hebben problemen met zichzelf (figuur 2). Dit laatste hebben meisjes vaker dan jongens (69% versus

### figuur 1

Antwoord op de vraag 'Hoe vind je jouw gezondheid?', uitgesplitst naar risico- en niet-risicojongeren



tabel 1

Antwoorden op de vraag 'Wat denk je dat afgelopen jaar slecht is geweest voor jouw gezondheid?', uitgesplitst naar risico- en niet-risicjongeren (combinaties mogelijk).

Wat denk je dat afgelopen jaar slecht is geweest voor jouw gezondheid?	Risico-groep	Niet risico-groep	Totaal
	.% N=118	.% N=553	.% N=671
Dat ik rook	38.1	32.8	33.7
Dat ik alcohol drink	15.3	16.5	16.3
Mijn ongezonde voeding	30.5	20.3	22.1
Dat ik onregelmatig eet	39.0	26.4	28.7
Dat ik te zwaar ben	11.9	8.9	9.4
Dat ik te weinig lichaamsbeweging heb	50.8	35.0	37.8
Mijn slechte lichaamsverzorging	2.5	1.3	1.5
Stress en spanningen	55.1	30.3	34.6
Dat ik slecht of weinig slaap	32.2	22.5	24.2
Dat ik drugs gebruik, zoals cannabis en XTC	11.0	5.6	6.6
Dat ik gok	1.7	1.6	1.6
Dat ik zonder condoom vrij met diverse personen	4.2	1.3	1.8
Dat ik naar de walkman luister in het verkeer	3.4	6.2	5.7
Dat ik zonder helm op opgevoerde snorfiets rijd	2.5	1.3	1.5
Anders	5.9	4.3	4.6
Niets	7.6	13.4	12.4

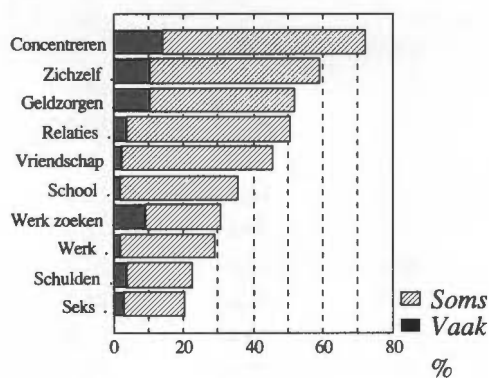
47%). Verder hebben jongeren nogal wat geldzorgen en problemen met relaties en vriendschap.

Uit de serie vragen over de manier van benaderen van problemen (copinggedrag) gaven jongeren aan of ze nooit, soms of meestal op een bepaalde manier reageren op problemen. Deze 'copingtest' bevatte zeven actieve, zeven passieve en drie neutrale reacties (10). Wanneer we de antwoorden 'meestal'

figuur 2

Antwoorden op de vraag 'Heb je vaak/soms last van de volgende problemen?' (combinaties mogelijk).

Ervaren problemen met:



beschouwen als het aanwezig zijn van een specifieke reactie, heeft 40% van de jongeren een passieve copingstijl en 13% een zeer passieve. Ze geven in de copingtest meer passieve reacties op een probleem dan actieve. Passieve reacties zijn bijvoorbeeld: trachten gevoelens te verbergen en afwachten wat er verder gaat gebeuren, de schuld bij jezelf zoeken of je ongelukkig voelen omdat het probleem onvermijdelijk is.

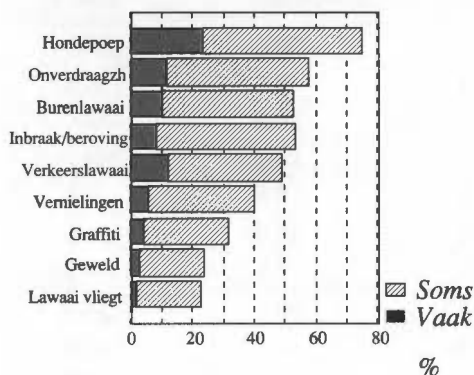
Vrienden blijken bij problemen met gezondheid, vriendschap en relaties de belangrijkste vertrouwenspersonen (88%), direct gevolgd door de moeder (79%) en op enige afstand de vader (52%). Deze volgorde geldt ook voor problemen op het gebied van geld, school en werk(zoeke)n. Maar tegelijkertijd zegt circa 5% van de jongeren nooit of slechts incidenteel over dergelijke problemen te praten met iemand uit het informele sociale netwerk.

Ook is nagegaan of scholen of andere (zorg)instanties een rol vervullen in het bieden of elders in gang zetten van sociale steun. De docent vervult hierin een belangrijke functie, want 23% van de jongeren bespreekt met hem of haar aangelegenheden betreffende werk(zoeke)n, school, geld en schulden en 8% raadpleegt de lera(a)r(es) over moeilijkheden met vriendschap, relaties, seks en gezondheid.

**figuur 3**

Antwoorden op de vraag 'Heb je vaak/soms last (in de directe omgeving) van de volgende factoren?' (combinaties mogelijk).

Hinder in de directe omgeving van:

**Leefsituatie**

Vrijwel iedere respondent is tevreden over de woning (95%). Echter, desgevraagd, meldt de groep hierover toch aardig wat klachten. De voornaamste klacht betreft de gehorigheid (26%) en verder tocht (13%), stof (12%) en vocht en schimmel (13%).

Over de woonbuurt zijn de meeste jongeren ook tevreden (90%). Maar ook hier laten bij gerichte vragen velen kritische geluiden horen. Een belangrijk deel van hen vindt de woonbuurt saai (52%) en ongezellig (32%). De top-vijf van ervaren hinder in de directe omgeving zijn: hondenpoep, mensen die geen rekening houden met elkaar (onverdraagzaamheid), burenlawaai, inbraak/beroving en verkeersla-

waai (figuur 3). Van de zelfstandig wonende jongeren vindt desgevraagd één op de vijf de buurt onveilig, niet schoon, kleurloos of onrustig.

De overgrote meerderheid is eveneens tevreden over hun mogelijkheden van vrijetijdsbesteding (91%), de beschikbare recreatievoorzieningen (78%) en sportvoorzieningen (92%). Echter over de uitgaansgelegenheden is 52% van de jongeren ontevreden.

**'Vindplaatsen'**

Het verenigingsleven speelt zich vooral af in sportclubs, met als favorieten de sportschool, fitness, voetbal en tennis. Nogal wat jongeren zijn echter van geen enkele vereniging lid (38%). Dit is vaker het geval bij meisjes (42%) dan bij jongens (33%) en vaker bij de risicojongeren (54%) dan bij de niet-riisicojongeren (35%). Voor padvinderij, creatieve clubs, gezelligheidsverenigingen en kerkelijke verenigingen geldt dat minder dan 6% van de totale groep jongeren hier lid van is. Tot slot treffen nogal wat jongeren hun vrienden soms (48%) tot vaak (32%) op straat; 40% van de jongeren noemt hierbij winkel- of stadscentra als ontmoetingsplaats.

In tabel 2 is weergegeven welke gelegenheden respectievelijk door scholieren, werkenden en niet-scholieren/niet-werkenden ten minste twee keer per maand worden bezocht. De vier meest favoriete locaties zijn het café (47%), de discotheek (45%), de snackbar (33%) en de bibliotheek (28%). Van diegenen die frequent een café en/of discotheek bezoeken hebben de meesten een favoriet café (65%) of

**tabel 2**

Antwoorden op de vraag 'Welke gelegenheden bezoek je ten minste twee keer per maand', uitgesplitst naar scholier, werkend en niet-scholier/niet-werkend (combinaties mogelijk).

Welke gelegenheden bezoek je ten minste twee keer per maand	Scholier	Werkend	Niet scholier/niet-werkend.	Totaal
	.	.	.	.
	.	.	.	.
	.	.	.	.
	%	%	%	%
	N=401	N=203	N=67	N=671
Cafe/bar	43.9	48.6	49.2	46.9
Discotheek/dancing	48.2	39.5	32.3	44.6
Gokhal/snookerhal	9.0	9.9	4.5	8.6
Zwembad	10.2	14.6	14.9	12.4
Buurthuis/jongerencentrum	8.5	7.7	10.4	8.3
Snackbar	32.4	32.2	32.8	32.9
Bibliotheek	34.9	15.5	25.4	28.3
Bioscoop/theater	21.2	27.0	10.4	21.9
Anders	15.0	16.3	23.9	16.1

een favoriete discotheek (80%).

12% van de risicojongeren is de afgelopen twee jaar bij de RIAGG geweest, 9% bij de Sociale Dienst, 6% bij het maatschappelijk werk, 5% bij het JAC en eveneens 5% bij de Stichting Jeugd en Gezin. Vergeleken met de andere jongeren liggen deze percentages twee tot drie keer zo hoog.

#### *Gezondheidsinformatie*

De jongeren is gevraagd hoe ze graag informatie ontvangen over gezondheid. Deze informatie wil ongeveer één op de drie jongeren ontvangen via de huisarts, de school, de bibliotheek, de huis-aan-huisbladen of een jongerenkrant. Iets minder wordt de radio en de regionale krant genoemd. Weinig populair zijn een kabelkrant (9%), het zelf ophalen bij de GGD (9%) een informatielijn (8%) of cursussen (3%).

#### *Bespreking*

Het merendeel van de jongeren voelt zich gezond en is tevreden over de meeste aspecten van zijn of haar leefsituatie. Ook uit ander onderzoek komt naar voren dat circa 85% van de jongeren de adolescentie en jong- volwassenheid zonder noemenswaardige problemen doorloopt en in psychosociaal opzicht uitgroeit tot een gezonde volwassene (4)(5)(6)(7)(8). De uitsplitsing naar risicojongeren versus niet-risicojongeren lijkt zinvol: de risicojongeren bleken zich te onderscheiden door een minder positieve gezondheidsbeleving en het frequenter ervaren van gezondheidsrisico's (ongezonde voeding, het onregelmatige eten, het gebrek aan beweging, stress en spanningen, het weinig of slecht slapen, het druggebruik en het vrijen zonder condoom met verschillende partners). In de risicogroep troffen we relatief meer allochtone jongeren aan.

De uitkomsten van het onderzoek ondersteunen de beleidskeuze om de gezondheidsactiviteiten voor jongeren behalve op de totale groep ook in belangrijke mate te richten op diegenen, die relatief meer risico lopen op (psychosociale) gezondheidsproblemen.

Het beleid ter bevordering van een gezonde leefstijl maakt de meeste kans wanneer wordt aangesloten op leefstijlfactoren, die de meeste jongeren zelf willen veranderen. Volgens de uitkomsten van dit onderzoek liggen die op terreinen als: niet (beginnen met) roken, gezond eten en bewegen, een gezond (beeld

van eigen) gewicht, een goede nachtrust, gezond omgaan met spanning en stress. Van deze gezondheidsbevorderende gedragingen leveren de meesten ook relatief veel gezondheidswinst op. Risicojongeren verdienen hierin extra aandacht omdat zij relatief vaak bovenstaande gedragingen als ongezond ervaren.

Nogal wat jongeren hebben problemen met zichzelf en/of met zich concentreren. Geldzorgen, problemen met relaties en vriendschap komen eveneens veelvuldig voor. Nu is het hebben van dit soort problemen nog te beschouwen als iets dat hoort bij deze levensfase en dat nauwelijks te voorkomen valt. Van belang is echter hoe jongeren daar zelf mee omgaan (actieve coping) en in hoeverre ze steun ondervinden vanuit hun sociale omgeving. Goede sociale vaardigheden, weerbaarheid (tegen risicogedrag en sociale druk) en het gezond omgaan met levensvragen, conflicten en spanningen zijn belangrijke eigenschappen om problemen in het leven het hoofd te kunnen bieden. De sociale steun en vroegsignalering voor jongeren vanuit gezin en onderwijs kan worden versterkt via opvoedingsondersteuning en schoolgezondheidsbeleid (11). Voor de risicojongeren vormen na school en gezin enkele andere plaatsen een mogelijke ingang voor dergelijke activiteiten, zoals de Sociale Dienst, het arbeidsbureau, het maatschappelijk werk en instanties voor jeugdhulpverlening.

De ondervonden hinder in de buurt is vergelijkbaar met hetgeen volwassenen rapporteren (gemeentelijke omnibusenquêtes). Daarnaast vinden nogal wat jongeren een minder saaie en meer gezellige buurt wenselijk. Vrijtijdsbesteding is een levensgebied waaraan veel jongeren (naast toekomst en vriendschap) grote waarde hechten (4). Het is daarom belangrijk te weten wat de klachten over de uitgaansgelegenheden zijn, om welke reden(en) ze niet lid zijn van een vereniging en met welk doel jongeren elkaar zo veelvuldig ontmoeten op straat.

En verder is het belangrijk te weten of jongeren die meer willen bewegen dit al dan niet in clubverband willen doen. Zo niet dan moet bij het stimuleren van bewegingsactiviteiten ook worden gedacht aan mogelijkheden waar jongeren ongeorganiseerd aan deel kunnen nemen.

En ten slotte kunnen de (preventie)activiteiten of (gezondheids)informatie uiteraard het beste worden aangeboden op plaatsen waar relatief veel jongeren regelmatig komen (café, discotheek, snackbar en



**AKTIE  
PUKT**

**OOR VOOR  
PROBLEMEN VAN  
(RISICO)JONGEREN**



**AKTIE  
PUKT**

**MEER KANS OP DE  
JUISTE DRAAI IN  
WERK / OPLEIDING**



**AKTIE  
PUKT**

**KRACHTVOER VOOR  
GEZOND OMGAAN  
MET PROBLEMEN**

**WAT HEB JIJ  
JONGEREN  
TE BIEDEN?**



**AKTIE  
PUKT**

**PREVENTIE  
ACTIVITEITEN OP  
MAAT EN DICHTBIJ**



**AKTIE  
PUKT**

**EEN STAD VOOR  
JONGEREN . . . . .  
DIE BLIJFT BOEIEN**



**AKTIE  
PUKT**

**DE JUISTE BAGAGE  
OP WEG NAAR 24+**

bibliotheek) en/of via informatiekkanalen die populair zijn bij de jongeren (school, huisarts, huis-aan-huisbladen of een jongerenkrant).

### *Eerste stappen gedaan*

Om de discussie naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek te vergemakkelijken is ervoor gekozen de aanbevelingen van het onderzoek beknopt en bovendien gevisualiseerd weer te geven (zie pagina 20). De uitkomsten van het onderzoek zijn daarnaast gepresenteerd in een jongerensoos tijdens de zogenoemde 'amazing discovery show', een presentatie voor beleidsmakers en veldwerkers. Enkele vertegenwoordigers van de genodigde 'partijen' hadden samen met enkele jongeren zitting in een forum, waarin men reageerde op de actiepunten van het rapport en men elkaars ideeën daarover uitwisselde. Na afloop van deze middag ontvingen de deelnemers een kalender als herinnering aan de actiepunten.

Wat is inmiddels met de uitkomsten gedaan? Als eerste werden in de gemeente Zoetermeer de resultaten gebruikt tijdens de rondetafelgesprekken ter voorbereiding van het jongerenbeleid. Enkele in het onderzoek genoemde actiepunten zijn gebruikt bij de onderbouwing van het jongerenbeleid. Er is bijvoorbeeld het voornemen om na te gaan of de sociale vaardigheidstraining voor jongeren die vallen onder de Jeugdwerkgarantiewet niet geschikt kan worden gemaakt als training ter 'bevordering van actief copinggedrag' voor schoolgaande jongeren.

Verder vormt het resultaat dat veel jongeren elkaar regelmatig ontmoeten op straat een ondersteuning voor het plan om de activiteiten voor jongeren-ontmoetingsplaatsen (voor beschut rondhangen) voort te zetten. De uitkomsten dat jongeren graag op veel terreinen informatie willen ontvangen en tegen nogal wat problemen aanlopen vormen een extra pleidooi voor het verder ontwikkelen van de informatiehoeken op plaatsen waar jongeren veel komen. Tot nu toe zijn deze informatiehoeken vooral op scholen opgezet en een enkele keer op een andere locatie (buurthuis, jongerensoos en bibliotheek).

Wat de vrijetijdsbesteding betreft vormt het percentage jongeren dat geen lid is van een vereniging een ondersteuning van het plan om het aanbod van vrijetijdsvoorzieningen te inventariseren en beter bekend te maken bij jongeren.

In de zomermaanden van dit jaar zijn vervolgens met een vergelijkbaar doel gesprekken met de andere drie

gemeenten gestart dan wel ingepland. Hierbij wordt nagegaan welke actiepunten in het beleid van deze gemeenten kunnen worden ingepast en welke rol de GGD kan vervullen bij de uitvoering van de beleidsvoornemens of het uitvoeren van nader onderzoek.

Zoals reeds aangegeven, was dit onderzoek een eerste verkenning en is nader (kwalitatief) onderzoek nodig om dieper in te kunnen gaan op specifieke onderwerpen. Zo is de GGD voornemens om, voorafgaand aan het ontwikkelen van een nieuw product voor jongeren, de doelgroep hierin te betrekken via focusgroepinterviews. De eerste interviews ter voorbereiding van een project voor jongeren-op straat zijn reeds van start gegaan.

Na de hierboven genoemde eerste stappen moeten nog vele kleine en grote stappen volgen op weg naar een betere gezondheid en beter welzijn van jongeren. Daarvoor is een samenspel nodig van beleidsmakers, jongeren en allen die samen met en voor jongeren werken.

#### Literatuur:

1. Beleidsplan GGD West-Holland 1995-1998: samen voor een gezonde regio. Voorburg 1995.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Perspectief voor jeugdigen. Kansen voor gemeenten en lokaal preventief jeugdbeleid. Rijs-wijk, juni 1995.
3. Gemeenten en jeugd. Preventie, participatie en perspectief. Het belang van een lokale visie. Een nota over mogelijkheden voor gemeentelijk jeugdbeleid. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Den Haag, mei 1995.
4. Bogt TFM ter. Praag CS van. Jongeren op de drempel van de jaren negentig. Sociaal Cultureel Planbureau. Rijswijk 1992.
5. Bakker K, Bogt TFM ter en Waal M de. Opgroeien in Nederland. Amersfoort: Academische uitgeverij, 1993.
6. Linden FJ van der, Dijkman ThA. Jong zijn en volwassen worden in Nederland. Een onderzoek naar het psychosociaal functioneren in alledaagse situaties van de Nederlandse jongeren tussen 12 en 21 jaar. Hoogveld Instituut. Nijmegen 1989.
7. Linden FJ van der. Groot worden in een klein land. Feiten en cijfers uit het onderzoek naar de leefwereld van jongeren tussen 12 en 21 jaar. Hoogveld Instituut. Nijmegen 1990.
8. Praag CS van. Hoe gaat het met de jeugd? Een kleine speurtocht naar ongerief. Jeugd en Samenleving 1993; 23: 292-308.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Sdu uitgeverij: Den Haag, 1993.
10. Thomas R. e.a. Gezondheid Westerpark in perspectief. Gezondheidsenquête Westerpark 1990. Gezondheid in stadsdelen, deel 5. GG en GD Amsterdam, 1991.
11. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Diekstra R.F.W. et al. Jeugd in ontwikkeling: wetenschappelijke inzichten in overheidsbeleid. Gravenhage: SDU uitgeverij, 1992.

*Het volledige verslag van het leefwereldonderzoek 16-24-jarigen kan worden besteld bij:  
Mw. H.M.J.A. Loenen, tel.: 070 - 337 05 55.*

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Dagelijks functioneren van ouderen

Het functioneren en het welbevinden van ouderen staan momenteel volop in de belangstelling. Hoe ouderen lichamelijk, sociaal en psychisch functioneren is onder meer van groot belang voor het gebruik dat zij maken van diverse zorgvoorzieningen.

De onderzoekers van het NESTOR Ouderen Onderzoek Groningen (ofwel Groningen Longitudinal Aging Study - GLAS) zijn bij een omvangrijke groep zelfstandig wonende ouderen nagegaan welke factoren daarbij een belangrijke rol spelen.

De resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in een boek, getiteld: Dagelijks functioneren van ouderen. Het eerste deel van het boek licht de achtergronden en de opzet van het onderzoek toe. In het tweede deel worden de resultaten beschreven. Aan de orde komen de factoren die invloed kunnen hebben op het functioneren en welbevinden van ouderen. Onderzocht is onder andere welke langdurige aandoeningen ouderen hebben en wat de gevolgen daarvan zijn, hoe vaak psychische klachten voorkomen, of en in welke mate ouderen aan lichaamsbeweging doen en of zij

anderszins actief zijn. Tevens is onderzocht hoe het gebruik is van professionele en informele thuiszorg.

Het boek is van belang voor allen die geïnteresseerd zijn in het functioneren en welbevinden van ouderen: beleidsmakers, onderzoekers, hulpverleners (en zij die daarvoor in opleiding zijn) en ouderen zelf. Het boek (ISBN 90 232 3099) kost f. 49,50.

## Actuele informatie

### Trimbos Instituut

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) zijn gefuseerd tot het Trimbos Instituut. Het LOP (Landelijke Ondersteuning Preventie in de geestelijke gezondheidszorg) is ook onderdeel van de nieuwe organisatie.

Het Trimbos Instituut is een onafhankelijk landelijk centrum voor de hele geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Het is gespecialiseerd in het alomgevend van informatie en advies, het doen van onderzoek en het helpen bij verhoging van het peil van het werk en de deskundigheid in deze sectoren. Het zet de activiteiten van NcGv, NIAD en LOP voort.

Het Trimbos Instituut krijgt een 'basissubsidie' van VWS. Het grootste deel van de inkomsten komt uit projecten met als opdrachtgevers ministeries, charitatieve fondsen, de Europese Commissie, de sector van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zelf en tal van andere instanties.

De nieuwe instelling is vernoemd naar prof.dr. C.J.B.J. Trimbos (1920-1988), die kan worden beschouwd als een van de belangrijkste opinieleiders op het terrein van de geestelijke volksgezondheid in de tweede helft van deze eeuw in Nederland.

Het postadres van het instituut wordt: Postbus 725, 3500 AS Utrecht en het centrale telefoonnummer: 030 - 297 11 00.

### Hinder en gezondheidseffecten vooral in stedelijk gebied

De huidige niveaus van deeltjesvormige en fotochemische luchtverontreiniging in Nederland gaan gepaard met omvangrijke gezondheidseffecten. Het percentage Nederlanders dat hinder onder vindt van geluid of geur is de laatste jaren gedaald. In bepaalde gebieden spelen gezondheidseffecten van milieuverontreiniging echter een grotere rol dan landelijk het geval is. Er zijn duidelijke signalen van meer hinder en gezondheidseffecten bij omwonenden van drukke verkeersaders en



inwoners van grote steden. Dit is met name het gevolg van een cumulatie van stressfactoren zoals geluid en stank, lokale luchtverontreiniging en het gebrek aan ruimte.

Dit staat onder meer in de zojuist verschenen Milieubalans 96. In dit jaarlijkse overzicht geeft het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) de kwaliteit van het milieu aan in relatie tot de uitvoering van eerder gerealiseerd milieubeleid.

De uitgave is verkrijgbaar bij de boekhandel en kost f. 42,50.

## Voorlichting

### CARA-spreekuur

In 1995 is het CARA-spreekuur, een gezamenlijk initiatief van Thuiszorg Den Haag, huisartsen en STIOM (Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening), in het stadsdeel Centrum van start gegaan. Aanleiding voor het spreekuur was het relatief grote aantal CARA-patiënten in het stadsdeel Centrum en de behoefte aan een meer samenhangend en effectief hulpaanbod. Het spreekuur wil CARA-patiënten van alle leeftijden door middel van individuele voorlichting leren adequaat en zelfstandig met hun (vaak chronische) ziekte om te gaan. Het spreekuur wordt op woensdagmiddag afwisselend in het wijk- en dienstencentrum De Rubenshoek (Teniersstraat 13) of Transvaal (Scheepersstraat 54) gehouden.

CARA-patiënten kunnen zich met een verwijzing, de CARA-kaart, van de huisarts aanmelden voor

het spreekuur.

Tijdens twee bezoeken van vijftig minuten wordt de CARA-patiënt door gespecialiseerde CARA-verpleegkundigen van Thuiszorg voorgelicht over het ziektebeeld, de klachten, effectief medicijngebruik, leefregels en woningsanering.

Aan het spreekuur zijn geen kosten verbonden; wel moet de patiënt (bij een kind: de ouders) contribuant van Thuiszorg of lid van de Kruisvereniging zijn.

Een folder over het CARA-spreekuur is verkrijgbaar bij de huisartsen in het stadsdeel Centrum en bij Thuiszorg Den Haag, afdeling Klantenservice (tel. 070 - 342 96 42).

### Opvoedsteunpunt Escamp

Eind september 1996 werd op initiatief van de Stichting Jeugdzorg, de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting, Thuiszorg Den Haag, de Stichting Welzijnsorganisatie Escamp, de Stichting Bewoners Ondersteuning Den Haag en RIAGG Zuidhage het Opvoedsteunpunt Escamp geopend.

Opvoeden roept vragen, twijfels en onzekerheden op. Soms weten ouders niet wat ze het beste kunnen doen. Baby's die veel huilen, kinderen die bang of erg jaloers zijn, kinderen die pesten of worden gepest; tal van situaties die vragen oproepen voor ouders. Vaak helpt het wanneer er met iemand over kan worden gepraat om dan samen de dingen op een rijtje te zetten en een antwoord of oplossing te vinden. Daarvoor nu kunnen ouders en verzorgers van kinderen tot achttien jaar terecht bij een van de drie opvoedkundigen van het Opvoedsteunpunt Escamp. De steun is gratis, met een beperking van maximaal zes ge-

sprekken van 30-60 minuten. Wie dat wil kan er anoniem terecht; er wordt geen rapportage gemaakt.

Om de drempel zo laag mogelijk te houden is ervoor gekozen op drie lokaties spreekuur te houden:

- Centrum Escampade, Escampalaan 65 (tel. 070 - 323 40 62),
- Speel-o-theek 't Grut, Westhovenplein 126 (tel. 070 - 336 05 11) en
- Centrum voor Thuiszorg, Orveltestraat 30 (tel. 070 - 321 14 34).

## Nieuw verschenen

### Codex Medicus

De zojuist verschenen tiende geheel herziene en opnieuw bewerkte druk van de Codex Medicus met een omvang van circa 1.400 pagina's kost f. 198,- en is verkrijgbaar via de boekhandel (ISBN 90 6228 241 5) of kan rechtstreeks worden besteld bij Kon. PBNA (tel. 026 - 357 56 57).

### Vademecum Maatschappelijke Opvang

Bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) is verschenen het Vademecum Maatschappelijke Opvang 1996/1997, een landelijke verwijsgids met praktische informatie over voorzieningen in de algemene crisisopvang, vrouwenopvang, evangelische opvang, thuislozenzorg, sociale pensions en begeleid wonen. Daarnaast bevat de volledig geactualiseerde versie van deze voor het eerst in 1994 verschenen gids ook opvangvoorzieningen uit andere werkvelden. Met name zijn dat voorzieningen, waarvan het

zorgaanbod duidelijke raakvlakken heeft met dat van de maatschappelijke opvang: opvang en begeleiding van (ex-)psychiatrische en/of verslaafde dak- en thuislozen, opvang van (zwerf)jongeren vanaf ongeveer zestien jaar en regionale instellingen voor beschermd wonen.

De publikatie kost f. 30,- en kan worden besteld bij NIZW (tel. 070 - 230 66 07).

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 25 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?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over zowel het tweede als het derde kwartaal 1996.

### *Tweede kwartaal:*

Van de 12 aangegeven hepatitis A-patiënten werden 4 patiënten waarschijnlijk via anonieme sekscontacten besmet. 3 patiënten uit één gezin werden via een zusje besmet. De bron van het zusje is onbekend. 1 patiënt werd via de partner besmet. Van 4 patiënten bleef de bron onbekend.

Er werden 5 hepatitis B-patiënten gemeld, waarvan 2 patiënten via de partner werden besmet. Van 3 patiënten bleef de bron onbekend. Van de 5 gemelde malaria-

patiënten waren 2 patiënten besmet met *Plasmodium falciparum*, opgedaan in respectievelijk Sri Lanka en Kenya. De patiënten hadden geen malaria-profylaxe genomen. De patiënt met *P. ovale* had de besmetting opgedaan in Sri Lanka. Ook deze patiënt had geen profylaxe genomen. Van de 2 patiënten met *P. vivax* kwam 1 patiënt uit Pakistan voor een verblijf in de stad en had dus geen profylaxe genomen en 1 patiënt was naar Nieuw-Guinea geweest. De laatste had wel malaria-profylaxe genomen, maar de kuur niet afge maakt.

De gemelde mazelen-patiënt bleek niet te zijn gevaccineerd.

Er werd 1 ornithosis-patiënt gemeld. Hiervoor werd de Veterinaire Inspectie gewaarschuwd, die verder stappen ten aanzien van de behandeling van de duiven heeft ondernomen.

De 3 gemelde pertussis-patiënten bleken allen volledig te zijn gevaccineerd.

Er werd 1 Q-koorts-patiënt aangegeven. De Veterinaire Inspectie werd hiervoor gewaarschuwd. De bron was waarschijnlijk geitenmelk. Bij verschillende kinderboerderijen werd aan de gebruikers van geitenmelk een waarschuwing gegeven om de melk vóór gebruik te koken.

De rubella-patiënt bleek wel gevaccineerd.

Van de 9 gemelde scabies-patiënten werd 1 patiënt via familiecontacten besmet. Van de andere 8 patiënten bleef de bron onbekend.

### *Derde kwartaal:*

De gemelde febris typhoidea-patiënt werd tijdens vakantie in Marokko besmet.

Van de 9 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten vonden de meeste besmettingen in het buiten-

land plaats, onder andere in Marokko, Egypte, Turkije en Indonesië. Er werd 8 keer *Shigella sonnei* en 1 keer *S. flexneri* gevonden.

Van de 5 gemelde hepatitis A-patiënten werden 2 patiënten in het buitenland besmet (Egypte en Burkino Fasso), 1 patiënt werd via familiecontact besmet. Van 2 patiënten bleef de bron onbekend.

Van de 2 aangegeven hepatitis B-patiënten werd 1 patiënt in Nigeria besmet. Van de andere bleef de bron onbekend.

Van de 7 gemelde malaria-patiënten waren 4 patiënten besmet met *Plasmodium vivax*; de besmetting werd opgedaan in respectievelijk India, Pakistan en Sri Lanka. De 3 patiënten met *P. falciparum* hadden de besmetting opgedaan in respectievelijk Liberia en Ghana. De meeste patiënten hadden geen of onvoldoende malaria-profylaxe genomen.

De gemelde paratyphus B-patiënt werd in Turkije besmet.

Van de 7 gemelde pertussis-patiënten bleken 4 patiënten volledig gevaccineerd en 3 patiënten niet.

Van de 44 aangegeven scabies-patiënten werden de meeste besmettingen in het buitenland opgelopen.

Er werd 1 voedselvergiftiging-patiënt gemeld na het verorberen van een Chinese maaltijd. De Keuringsdienst van Waren werd geïnformeerd.

### *Aan deze rubriek werkten mee:*

*Mw. C.C.M. v.d. Geest (Thuiszorg Den Haag);*

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

*Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);*

*Mw. G.J. Wijkmans;*

*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 1/m 3e kw	1996 1/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)					2	
		meningococcosis (B)*	2	5	4		14	11
		morbilli (B)		1	1			2
		(atyp.) pertussis (B)**	4	3	11		2	18
		rubella (B)		1				1
		tuberculosis (B)	29	32	21		73	82
		parotitis epidemica (C)	1	1			2	2
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	14	14	21		89	49
		syfilis prim./sec. (C)			4		3	4
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B(B)1	3	5	2		7	10
		HIV-infectie/Aids (1)***			6		17	6
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A(B)(3)	19	13	5		57	37
		dysenteria bacillaris (B)(3)	6	4	11		21	21
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	51	9	46		112	106
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)		1			7	1
		Q-koorts (B)(5)		1			1	1
	insektenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	2	5	8		22	15
		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		7		28	38
		febris typhoidea (A)		1	1		6	2
		paratyfus B (B)			2			2
	botulisme (B)(7)							
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)					1	
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
<b>totaal</b>		<b>162</b>	<b>96</b>	<b>144</b>		<b>448</b>	<b>402</b>	

korte berichten

(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  
 ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts  
 (6) ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts  
 (7) ook wondbesmetting