



epidemiologisch bulletin

***tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag***

inhoud

volksgezondheid

*New Public Health in Den Haag
Dagboek van twee consultatiebureau-artsen*

epidemiologie

*Hoge sterfte onder vrouwen in een Haags woongebied
Verslavingsproblemen van heroïnegebruikers die op methadon worden ingesteld*

korte berichten

***jaargang 32, 1997
nummer 2***

Colofon

Juni 1997
32ste jaargang nr. 2

Redactie

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

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96
fax.: 070 - 353 72 92
email: cwburgi@ocw1.denhaag.nl

Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

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 tennaamstelling 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

- New Public Health in Den Haag
Het georganiseerde samenspel van
zorgvernieuwing in een grote stad
H.G.J. Nijhuis 1

- 'Kijk in de wijk'
Dagboek van twee consultatiebureau-artsen
Mw. B.V. Das, en Mw. J.M. Lamme-Wolters 10

Epidemiologie

- Verhoogde sterfte onder vrouwen beneden de
65 jaar in een Haags woongebied
Een verontrustend signaal weerlegd
*Mw. I. Burger, B.J.C. Middelkoop en
H.W.A. Struben* 16

- Verslavingsproblemen van heroïnegebruikers die
op methadon worden ingesteld,
Den Haag 1993-1995
P. Meulenbeek 24

Korte berichten

New Public Health in Den Haag

Het georganiseerde samenspel van zorgvernieuwing in een grote stad

H.G.J. Nijhuis

Door vergrijzing, multiculturaliteit, veel alleenstaanden, het hoge percentage werklozen en hele wijken die een sociaal-economische achterstand hebben, worden grote steden als Den Haag geconfronteerd met een andere gezondheidszorgproblematiek dan de rest van Nederland. Niet altijd blijkt het aanbieden van zorg door deskundigen het antwoord, maar eerder het zelf creëren van oplossingen. Tijd voor een inventarisatie van de verscheidenheid aan problemen en wat er aan wordt gedaan. Tijd ook voor het trekken van lessen uit de bestaande public-health-structuur.

In een grote stad als Den Haag zijn de gezondheidsproblemen vaak ingewikkelder en omvangrijker dan in de kleinere stad of op het platteland. Onder andere door de samenstelling van de bevolking (vergrijzing, multiculturaliteit, alleenstaanden), door het hoge percentage werklozen, de concentraties van sociaal-economische achterstand en de twee- of zelfs driedeling in de samenleving heeft Den Haag, net als andere grote steden, in toenemende mate te maken met sociale spanningen. Deze spanningen uiteten zich, wanneer ze geen productieve uitweg vinden, onder andere in stress (1). En deze stress komt individueel en collectief vervolgens weer tot uitdrukking in allerlei vormen van ongezondheid (2). Ook het beeld van Durkheim over de grote stad als verzamelplaats van in psychosociale zin 'afwijkenden' (psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen, verslaafden) gaat voor de grote stad nog steeds op (3). Hierdoor worden uiteraard de grootstedelijke patronen van ongezondheid nog eens versterkt.

De situatie van volksgezondheid, waar veel grote steden aldus mee te kampen hebben, is uitgesproken contraproductief geworden voor hun sociaal-culturele en economische ontwikkeling (4).

Als gevolg van de concentratie van deze en andere sociale processen is de typisch grootstedelijke gezondheidsproblematiek, die zich ook in Den Haag in sterke mate voordoet, als regel meervoudig van aard. Maatschappelijke, sociale, culturele en psychische aspecten spelen op de achtergrond vaak een belangrijke rol bij allerlei - ogenschijnlijk soms

*Over de auteur:
Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, productgroep Onderzoek en Integrale Vraagstukken, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.*

eenvoudige - lichamelijke problemen. De lichamelijke aandoening van een Marokkaanse patiënt hangt niet zelden samen met een leefsituatie, waarin werkloosheid, generatieconflicten, segregatie en transcultureel onbegrip vaak tot niet meer hanteerbare spanningen leiden.

New public health als antwoord

Puur medisch-technische antwoorden op gezondheidsproblemen die vanuit deze situaties ontstaan voldoen niet. In veel gevallen is de ondersteuning van het zelf creëren van oplossingen (empowerment) een beter antwoord dan het aanbieden van zorg door deskundigen. Ook moeten bij gevallen van meervoudige problematiek hulpverleners elkaar gemakkelijk kunnen vinden in wisselende samenwerkingsverbanden. Maar sociaal gewortelde gezondheidsproblematiek kan ook niet meer alleen vanuit de professionele zorg worden opgelost. Structurele verbeteringen zijn niet mogelijk zonder initiatieven die het sociale klimaat, de leefbaarheid, de economie en de werkgelegenheid van de stad aanpakken. Deze facetten van de grote-stads-samenleving zijn uiteraard niet de primaire zorg van de gezondheidszorg. Wel is voor structurele verbeteringen binnen en buiten het domein van de zorg- en welzijnssector een integrale benadering, en dus meer samenwerking, onontbeerlijk voor de ontwikkeling van een 'gezonde stad' (5).

Het healthy cities-project, het project sociale vernieuwing en het grote-stedenbeleid zijn de belangrijkste bewegingen van de laatste jaren waarin wordt getracht de nieuwe integrale benadering voor de grote stad te realiseren (6).

Wanneer zorginstellingen, hulpverleners, zorgverzekeraars, gebruikersorganisaties, andere sectoren dan de zorgsector en politieke besturen keuzes maken en vernieuwingen realiseren op het terrein van aansturing, organisatie en ontwikkeling van de volksgezondheid spreekt men wel over 'public health' of 'maatschappelijke gezondheidszorg'. Voor de genoemde vernieuwingsgezinde bewegingen, waarin integrale aanpak, emancipatie, empowerment en politieke betrokkenheid op de voorgrond staan, spreekt men over 'new public health' (7). In deze stromingen wordt getracht gezondheid in positieve zin zoveel mogelijk te beschouwen en te benaderen als een levensbron, die via gezondheidsinitiatieven kan worden versterkt. Deze zienswijze levert een veel

ruimer arsenaal aan benaderingen op, met andere sociale en gezondheidseffecten dan mogelijk zijn via uitsluitend de ziektegeoriënteerde geneeskunde.

Het blijkt, dat - ook in Den Haag - de bestaande gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening nog niet voldoende zijn ingesteld op een aanpak, waarin een positieve en bredere kijk op gezondheid en samenwerking tussen verschillende disciplines en sectoren centraal staan. In het Epidemiologisch Bulletin is de afgelopen jaren regelmatig verslag gedaan van Haagse projecten en beleidsmatige initiatieven, die ieder voor zich zijn gebaseerd op nieuwe samenwerkingsvormen in de gezondheidszorg. Sommige zijn extra-, andere intra- en weer andere zijn transmuraal georiënteerd. Projecten kunnen zowel op het gebied van cure, care en preventie/bevordering liggen, alsook een combinatie van deze. Qualitate qua worden per afzonderlijk projectverband als regel hulpverleners, zorginstellingen, gemeentelijke diensten en ook het gemeentebestuur en de plaatselijke ziektekostenverzekeraars erbij betrokken. Keer op keer blijkt de bekostiging van de ontwikkelingsprojecten een lastige zaak te zijn.

Public health-projecten in de praktijk

In het hiernavolgende wil ik een beeld schetsen van het karakter en de stand van zaken van enkele public health-projecten in Den Haag. Naast uitgesproken public health-projecten wordt uiteraard een grote diversiteit aan andere gezondheidsgerelateerde initiatieven tot uitvoering gebracht op terreinen als de jeugdhulpverlening, ouderenzorg, sociale opvang, verslavingsproblematiek en allochtoniteit. Het gepresenteerde beeld is dus zeker niet volledig; er is veel meer aan de hand.

De geselecteerde initiatieven liggen voor het merendeel op het terrein van de extramuraal gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Ze vormen vanwege het integrale karakter, het element van empowerment en de brede (onder andere politieke) betrokkenheid geschikte illustraties van actuele praktische ontwikkelingen van new public health in Den Haag.

Door dit brede veld van op zichzelf genomen solitaire projecten uit de realiteit van Den Haag in beeld te brengen kan ook worden aangetoond, dat een grootstedelijke afstemmingsstructuur als bovenbouw voor deze ontwikkelingsprocessen noodzakelijk is.

In deze bovenbouw kunnen een gemeenschappelijke visie en beleidsuitgangspunten worden geformuleerd. Hierin kunnen ook de projecten onderling worden verbonden, zodat de meerwaarde van integraliteit maximaal tot haar recht kan komen. Verder kunnen daarin tussen partijen vaste afspraken worden gemaakt over het structureel maken van de bereikte verbeteringen. Maar al te vaak immers blijven verbeteringen niet veel langer bestaan dan de duur van het project, waarin ze zijn behaald.

In Den Haag zijn voor diverse gezondheidsthema's de afgelopen jaren reeds coördinatiestructuren opgezet. Deze voor de new public health essentiële overlegvormen moeten om echt effectief te kunnen zijn evenwel op diverse niveaus nog aan daadkracht en draagvlak winnen. Het gemeentebestuur van Den Haag en zijn dienst voor gezondheidszaken (de dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn) kunnen daarbij - zo hoop ik te laten zien - een initiërende, coördinerende en met wetenschappelijke inzichten onderbouwde rol van betekenis vervullen.

Migrantenvoorlichting in de eerstelijnszorg

Sinds twee jaar is in één van de gezondheidscentra in het stadsdeel Centrum een allochtone voorlichtster werkzaam. Haar werk is erop gericht om transcultureel een brug te slaan tussen hulpverleners en allochtone hulpvragers. Ze geeft voorlichting, maar 'vertaalt' ook hulpvragen of zorginstructies over en weer. Het project is onlangs geëvalueerd (8). Het wordt nu voor de duur van twee jaar verlengd en uitgebreid naar andere huisartsen en eerstelijns-hulpverleners in Centrum.

Psychosociale zorg en allochtone gemeenschappen

In december j.l. werd een werkconferentie gehouden met religieuze en andere leiders uit allochtone gemeenschappen en autochtone hulpverleners (huisartsen, ggz, maatschappelijk werk en andere). Geconfereerd werd over mogelijkheden om elkaar te steunen bij het oplossen van transculturele gezondheidsproblemen. Psychosociale problemen bleken het meest om aandacht te vragen. De conclusie van de conferentie was dan ook, dat in geregelde samenspraak tussen het zorgsysteem en allochtone gemeenschappen op dit terrein nieuwe vormen van steun en zorg zouden moeten worden ontwikkeld (9).

Intussen is een project van drie jaar in voorbereiding, dat gericht is op de ontwikkeling van 'cultureel eigen' vormen van steun en zorg bij psychosociale problematiek, met inzet van professionele deskundigheid.

Diabetes gerelateerde ongezondheid bij Hindostanen

Onderzoek in Den Haag heeft uitgewezen, dat één op de twee Hindostanen op oudere leeftijd diabetes krijgt, en daardoor allerlei andere ernstige aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten (10)(11). Deze problematiek heeft alle kenmerken van sociale achterstand en daarmee samenhangende gezondheidsverschillen. Intussen is met inzet van een subsidie van het Praeventiefonds een breed project gestart, waarin huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg, GGD en verzorgingshuizen samenwerken om deze problematiek terug te dringen. Er worden nieuwe vormen van behandeling ontwikkeld, waarbij met name voedingsadviezen, protocollering en samenwerkingsafspraken in de eerstelijnszorg en de ziekenhuiszorg centraal staan. Op basis van de hiermee verworven inzichten wordt daarnaast een intensieve voorlichtingscampagne georganiseerd.

Monitor discrepantie vraag en aanbod achterstandsgebieden

Onlangs zijn twee oriënterende onderzoeken afgesloten die respectievelijk aan de aanbodzijde en de vraagzijde percepties in beeld brachten over de discrepantie tussen vraag en aanbod, met name op het terrein van de gezondheidszorg voor allochtonen (12). Intussen is een tweejarig project in voorbereiding, dat is gericht op het systematisch bijeenbrengen van relevante informatie over ervaren behoeften bij mensen en tekorten in de zorg in het kader van sociale achterstand en gezondheidsverschillen. Hier toe worden bestaande en enkele nieuwe onderzoeken en informatiesystemen bij elkaar gebracht in een 'geregisseerde' monitor.

De hieruit afkomstige informatie kan - beter dan nu het geval is - worden gebruikt om richting te geven aan projecten van gezondheidsbevordering en zorgvernieuwing. De onderzoeksinformatie zal een centrale plaats innemen bij ontwikkelingsprocessen in de centrumwijken.

Culturele 'aankleding' van rituele besnijdenissen

De afgelopen tijd hebben gesprekken plaatsgevonden tussen Islamitische organisaties, huisartsen, ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars over een gepaste locatie en culturele 'aankleding' van besnijdenissen bij jongetjes. Lering trekkend uit de Rotterdamse ervaringen hiermee op niet medische locaties lijkt voor Den Haag de voor de gelegenheid aangeklede ziekenhuisaccommodatie (en mogelijk de

huisartspraktijk) een door cliënten en artsen gewenste modus. Het project zal op korte termijn in praktijk worden gebracht.

Ouderen en eenzaamheid

Als gevolg van de individualisering en veranderde sociale verbanden in onze moderne samenleving komen met name oudere mensen eerder in een situatie van sociaal isolement terecht (13). Het probleem van eenzaamheid staat bij daarbij betrokken afzonderlijke Haagse instellingen (thuiszorg, riagg, decentrale welzijns organisatie en huisarts) al geruime tijd in de aandacht. De indruk bestaat, dat door het instellingsspecifieke karakter van de inspanningen het succes beperkt is. Daarom is in de Schilderswijk een project ontwikkeld, waarin diverse hulpverleners worden getraind om afgestemd steun te bieden bij processen van socialisatie van vereenzaamde ouderen. Het is de bedoeling om tegelijkertijd in preventieve zin te gaan werken aan voorwaarden, die de leefbaarheid van de stad voor alleenstaande ouderen bevorderen.

Monitor ouderen

De 'zorg' voor ouderen in Den Haag anno 1997 vormt een public health-prioriteit (14). Hun aandeel in de Haagse samenleving is sterk toegenomen. De wens om thuis te blijven, ook wanneer sprake is van invaliditeit, is groot, terwijl traditionele sociale verbanden vaak niet meer bestaan. Daarnaast vinden binnen het zorgstelsel tal van verschuivingen plaats in de sfeer van verzorging en verpleging, die het bestaan op oudere leeftijd diep raken.

In dit tijdvak van ingrijpende veranderingen bestaat er onvoldoende overzicht en inzicht in hoe het oudere mensen in de stad vergaat.

Om hierin te voorzien wordt thans een monitorproject georganiseerd, waarin de terzake bestaande informatiesystemen van instellingen en overheid met elkaar in verband worden gebracht. Hierbij wordt onder meer een periodieke peiling bij ouderen opgezet naar de eigen beleving van hun bestaan thuis. Met de hiermee verkregen informatie kan door gemeente en zorginstellingen gericht worden gewerkt aan de inrichting van een voor oudere mensen leefbaar Den Haag.

Ondersteuning mantelzorg

Met de toename van het aantal invaliden en chronisch zieken en een daarmee niet gelijke tred houdend formele-zorgaanbod thuis neemt de belas-

ting van 'de mantelzorger' toe (15). Het Meldpunt Mantelzorg vormt voor Den Haag tot nu toe het kristallisatiepunt voor de ondersteuning voor deze zorg. Er is nu in aanvulling daarop een project opgezet om deze ondersteunende functie te versterken. Om te beginnen worden twee contactpunten voor mantelzorgers georganiseerd (Centrum en Escamp). Op deze werkplaatsen worden mantelzorgers professioneel gecoacht en wordt de zelforganisatie van ondersteuning, vervanging en dergelijke gestimuleerd.

Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen

Dak- en thuislozen vormen een karakteristiek sociaal fenomeen van de grote stad. Ze vinden, ook in Den Haag, niet gemakkelijk hun weg naar de reguliere zorgvoorzieningen. Tegelijkertijd lopen ze door hun wijze van leven extra risico van een veelheid aan psychische en lichamelijke problemen. In samenwerking tussen een gezondheidscentrum in de binnenstad, de Kesslerstichting, het Leger des Heils, de ziektekostenverzekeraars en de gemeente is op twee laagdrempelige plekken in de stad een dagelijks medisch spreekuur georganiseerd. Dit blijkt, gezien de daadwerkelijke hulpvraag, in een grote behoefte te voorzien. In de loop van het eerste projectjaar wordt nagegaan hoe de huidige opzet van dit medische spreekuur kan uitgroeien tot een integraal onderdeel van de totale zorg voor deze doelgroep.

Noodzakelijke zorg voor illegalen

Door de 'koppelingswet' zijn voor sommige illegalen reguliere medische kosten niet langer verzekeraar en dus bereikbaar (16). Niettemin vindt de Nederlandse samenleving, dat er op morele gronden gezondheidszorg dient te worden geboden, wanneer dat echt nodig is. Het rijk heeft voor dit doel een landelijk fonds ter beschikking gesteld (17).

In Den Haag is in dit verband een project gestart. Er worden, in netwerken van bij deze doelgroep betrokken organisaties en hulpverleners, medische voorzieningen georganiseerd, die adequate medische hulp voor deze groep mogelijk en betaalbaar maken.

Gebiedsgerichte aanpak verslavingsproblematiek (Tyfoon)

De gemeentelijke Nota Aanpak Drugsproblematiek in Den Haag vormde in 1996 een sterke impuls voor de integrale aanpak van de verslavingsproblematiek (18). In het gebied Schilderswijk/Stationsbuurt is een start gemaakt met een gecoördineerde benadering

van verslaafden voor preventie, zorg, methadonverstrekking en maatschappelijk herstel. In dit verband worden ook gemeentelijke casemanagers ingezet om de socialisering van en de zorg voor verslaafden te stimuleren. Klachtenfunctionarissen signaleren overlast bij bewoners en werken aan het oplossen hiervan. In dit geheel vormt de communicatie tussen buurt, hulpverleners en verslaafden een kernbestanddeel.

De aanpak van het project Tyfoon, waarin zorginstellingen, GGD, welzijnsinstellingen, politie, gebruikersorganisaties en bewonersorganisaties samenwerken, zal ook in andere gebieden in Den Haag worden ontwikkeld.

De praktijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg

De huisartsenzorg in achterstandswijken is ernstig overbelast (19). Door meervoudige problematiek, transcultureel onbegrip, oneigenlijk gebruik en andere aspecten van zorg komt juist bij de huisarts de discrepantie tussen zorgvraag en aanbod scherp tot uitdrukking. Ter versterking van de huisartsenzorg lopen in Den Haag bij twee huisartsgroepen experimenten met praktijkverpleegkundigen. De verpleegkundige blijkt met succes bepaalde taken van de huisarts te kunnen overnemen (bijvoorbeeld CARA en diabetesspreekuur) (20). De ervaring wijst uit dat deze functie bovendien een katalyserende werking kan hebben voor de ontwikkeling van wijkgerichte vaste samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg (huisartsgroepen, thuiszorg, GGD, maatschappelijk werk en andere).

Voor het moderniseren van de zorg in achterstandsgebieden in Den Haag wordt veel waarde gehecht aan een voortzetting/uitbreiding van dit public health project. Een vervolgpriject voor drie jaar is in voorbereiding.

Algehele versterking van de eerstelijnszorg in achterstandswijken

De overbelasting van de huisartsenzorg heeft de afgelopen jaren in het land en in Den Haag na lange tijd de aandacht gekregen, die ze verdiende (21). Het rijk heeft een fonds ter beschikking gesteld voor de versterking van deze zorg. En in achterstandswijken in de stad worden intussen diverse projecten van zorgvernieuwing uitgevoerd. Een deel hiervan is gericht op hoognodige verbeteringen in faciliteiten (verbouwingen, automatisering en dergelijke). Een deel van de extra gelden wordt ingezet voor vernieuwing en versterking van de zorg zelf.

In een door de huisartsen in samenwerking met de gemeente opgesteld 'Beleidsplan voor de Huisartsenzorg in Achterstandsgebieden' komt tot uitdrukking, dat groot belang wordt gehecht aan de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en andere hulpverleners en instellingen (22). De eerste-lijnsprojecten, die in dit verband zijn of worden opgezet, krijgen dit uitgangspunt als het ware mee als leidmotief. Met de inzet van het bovengenoemde fonds en van andere fondsen in achterstandsgebieden is een voor de public health in Den Haag interessant ontwikkelingsveld tot stand gekomen.

Werken aan new public health in Den Haag

De beschreven en ook andere public health-projecten weerspiegelen de aandacht vanuit de gezondheidszorg voor eigentijdse grote-stadsproblematiek in Den Haag. Succesvolle public health-initiatieven zullen echter de sociale en individuele stress in Den Haag - gezien zijn maatschappelijke achtergronden - niet blijvend kunnen oplossen. Ook kan de uitkomst van dit soort projecten voor sociaal kansarmen geen volledig nieuw toekomstperspectief bieden, of de maatschappelijke driedeling of sociale marginalisatie opheffen. Evenmin kunnen de sociale en economische emancipatie van de Haagse ouderen uitsluitend langs de weg van gezondheidsprojecten worden bewerkstelligd. Zulke vitale verbeteringen zullen uiteindelijk uit de volle breedte en diepte van de Haagse samenleving, dat wil zeggen de instituties en de bewoners van Den Haag, moeten voortkomen.

Het integraal werken aan een gezonde stad vraagt krachtige politieke agendering en intersectorale samenwerking tussen de zorgsector en sectoren als stadsontwikkeling, stadsbeheer, onderwijs, sociale en werkgelegenheidsvoorzieningen. Ook al lijkt zo'n brede aanpak beleidsmatig voor de hand te liggen, in de praktijk blijkt overal de realisering ervan weerbarstig (23). Op dit moment wordt in Den Haag deze draad opgepakt in het project 'De Kaart van Den Haag in Het Jaar 2025'. Het maken van zo'n toekomstbeeld van de stad kan, als het breed wordt gedragen, een zeer inspirerende werking hebben op vernieuwende initiatieven, ook op het terrein van public health. Toch maken de beschreven gezondheidsprojecten op hun eigen wijze wel degelijk een wezenlijk onderdeel uit van de revitalisering en versterking van de Haagse samenleving.

In het algemeen bieden gezondheidsbevordering en het herstel van ziekteperiodes opnieuw de mogelijkheid voor de hervatting en versterking van persoonlijke ontwikkelingsprocessen van jongere en oudere, arme en rijke, autochtone en allochtone Hagenaars. De resultaten zijn daarmee ook individuele investeringen in het sociaal-culturele en economische potentieel van de stad.

Te meer is dit het geval wanneer de zorgvernieuwing uit is op versterking van de zelfredzaamheid van (empowerment), in plaats van uitsluitend op zorgverlening aan cliënten.

Een deel van de initiatieven is erop gericht zoveel mogelijk gemarginaliseerde medehagenaars in de boot te houden. Ook dit heeft een sociaal-economisch 'nut'. Maar van meer betekenis voor de stad is wellicht de solidariteit en de beschaving, die via deze inspanningen door de Haagse samenleving tot uitdrukking worden gebracht.

Daarnaast heeft de serieuze verdieping vanuit de formele zorg- en dienstverlening in andermans gezondheidsproblematiek en sociale achtergronden, zoals die onder meer in de genoemde projecten wordt nagestreefd, nog een andere betekenis. De waarachtige belangstelling voor de ander en de bereidheid om in het licht van andermans belang ook zelf te veranderen kan een belangrijke bijdrage betekenen tot het herstel van het vertrouwen in de samenleving met haar formele instituties. Dit vertrouwen blijkt immers voor velen, die nauwelijks nog toekomstperspectief hebben, volledig te zijn verdwenen.

Er zijn aan deze ideële opstellingen wel praktische conditiones sine quis non verbonden, die de bestaande tradities van professionele en bureaucratistische instituties diep raken. Het veranderen van deze aspecten vormt dan ook vaak het typische weerbarstige karakter van de bovenbeschreven vernieuwingsprojecten. Het verschaffen van autonomie aan cliënten vraagt van de betrokken instellingen en hulpverleners een zekere mate van relativering ten aanzien van de eigen deskundigheid. En het multidisciplinair samenwerken met anderen vergt als regel het opgeven van een deel van de eigen autonomie. Het vanuit de genoemde principes werken aan gezondheid in de stad staat met andere woorden voor 'professionals' en 'bureaucraten' ook gelijk aan het werken aan henzelf.

Zo beschouwd houdt zorgvernieuwing meer in dan het vernieuwen van technieken of behandelings-

wijzen. Het impliceert ook de deelname aan gerichte processen van maatschappelijke veranderingen, dat wil zeggen de verandering van sociale houdingen en verhoudingen.

Ontwikkelingsorganisatie voor de eerstelijnszorg

In deze geest zijn in Den Haag in de praktijk en op beleidsniveau de laatste jaren allerlei initiatieven opgebloeid. De beschreven projecten zijn een greep uit de praktische uitwerkingen hiervan.

Maar deze ontwikkelingen krijgen pas blijvende meerwaarde voor de stad als geheel, wanneer de hierbij opgedane ervaringen 'regelmatig' voeding kunnen bieden voor de ontwikkeling van een visie en beleid voor de stad als geheel. Zodoende ontstaat er een samenspel tussen visie en praktijk, dat er als het ware borg voor staat dat de ontwikkelingen steeds in de juiste richting kunnen worden bijgestuurd. Een voorwaarde voor het juiste van de richting is wel, dat alle bij de zorg voor de gezondheid betrokken partijen (gebruikers, aanbieders, verzekeraars en gemeente) in relevante situaties het spel kunnen meespelen. Het organiseren van dit samenspel van new public health heeft de afgelopen jaren in Den Haag de nodige aandacht gehad (21).

Omdat de karakteristieke gezondheidsproblematiek van de grote stad met name tot uitdrukking komt in de eerstelijnszorg in achterstandsgebieden was de aandacht vooral daarop geconcentreerd. Vanuit de gemeente is ampele epidemiologische informatie aangedragen om nieuwe initiatieven te onderbouwen (24). Daarnaast zijn met name door de District Huisartsen Vereniging en de toenmalige GGD een serie initiatieven ontplooid gericht op de versterking van de gezondheidszorg in achterstandsgebieden. In de praktijk en op beleidsniveau kunnen voor deze delen van Den Haag enkele belangwekkende ontwikkelingen worden waargenomen.

In de praktijk van zorg- en dienstverleningsituaties, onder andere in vernieuwingsprojecten, komt steeds meer het streven tot uitdrukking in de verhouding tussen cliënt en formele hulp/dienstverlener te verschuiven van 'to' en 'for', naar 'with' en 'by the people'. Bij veel professionals in achterstandsgebieden bestaat een groeiend bewustzijn, dat zonder deze verschuiving van verantwoordelijkheden veel problemen uiteindelijk onoplosbaar zijn.

Schema 1

Structuur versterking eerstelijnszorg in achterstandsgebieden Den Haag.

Stedelijke regie

(visie/beleidsontwikkeling, beoordeling projecten)

COLLEGE VAN DE EERSTELIJNSZORG**Financiering/beheersverantwoordelijkheid**

(toepassen beleid/beoordelingskaders)

INNOVATIEFONDSEN

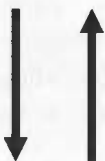
Paritaire Commissie (DHV; NUTS; AZIVO):

- Fonds Huisartsenzorg Achterstandsgebieden

Gemeente:

- Fonds Grote Stedenbeleid

- Gemeentelijk Fonds Achterstandsgebieden

**Afstemming zorg, andere sectoren**

(opwerking projecten, afspraken maken)

ADVIESGROEP GEZONDHEIDSZORG**ACHTERSTANDSGEBIEDEN****Uitvoeringsprojecten**

(projecten formuleren en uitvoeren)

WERKGROEP A WERKGROEP B WERKGROEP C

Er is bij hulpverleners en instellingen (intra- en extramuraal) een toenemende behoefte om de dialoog over samenwerking aan te gaan. In het stadsdeel Centrum heeft deze dialoog vaste vorm gekregen in het Platform voor Hulpverleners en daarmee verbonden werkgroepen en netwerken. De Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) is voor dit stadsdeel uitgegroeid tot een onmisbare verankering van allerlei vormen van samenwerking. Zonder deze facilitator van vernieuwing zouden veel van bovengenoemde projecten niet tot stand zijn gekomen.

Bovendien vormen de ontstane netwerken met STIOM als 'spin in het web' in het stadsdeel Centrum het kristallisatiepunt voor de evaluatie van ervaringen met processen van zorgvernieuwing, van waaruit het grootstedelijke afstemmingsoverleg kan worden gevoed.

Op grootstedelijk beleidsmatig niveau zijn diverse vormen van afstemming tot stand gebracht. De wethouder voor Welzijn Gezondheid Sport en Recreatie heeft onder andere het initiatief genomen tot themagewijs 'regiovisie-overleg' op de terreinen gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en eerstelijnszorg. Op dit niveau worden keuzes gemaakt met betrekking tot prioriteiten voor verdere ontwikkeling.

Voor de eerstelijnszorg in achterstandsgebieden is een afzonderlijke coördinatiestructuur voor vernieuwing en financiering gecreëerd, die in het perspectief van de new public health in Den Haag bijzonder interessant is (zie schema 1).

In de praktijk van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in achterstandsgebieden worden op basis van ervaren problematiek en knelpunten in wisselende samenwerkingsverbanden tussen aanbieders en gebruikers projecten geformuleerd. Bij de projectontwikkeling wordt faciliterende ondersteuning geboden vanuit het bureau van de District Huisartsen Vereniging (DHV) en de STIOM. De gemeentelijke dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn (OCW) wordt zo nodig bij de projectontwikkeling betrokken. Deze dienst levert bijdragen vanuit zijn algemene public health-inzichten in de stad en zijn expertise op het terrein van 'research en development'

De projecten worden, indien sprake is van een samenwerkingsverband, beoordeeld en afgestemd in de zogenaamde Stedelijke Adviesgroep Eerstelijns-

zorg. Hierin hebben zitting de DHV/RHV, de Stichting Thuiszorg Den Haag, de Stichting Haagse Gezondheidscentra, de STIOM, de Decentrale Welzijns Organisatie Centrum en de gemeentelijke dienst OCW.

De definitieve projectvoorstellen worden - afhankelijk van de inhoud - voor bekostiging aangeboden aan drie voor dit doel in het leven geroepen 'neven-geschikte' fondsen, die elk een eigen beheersverantwoordelijke kennen, te weten: Fonds Huisartsenzorg Achterstandsgebieden (DHV en Ziektekostenverzekeraars); Fonds Grote Stedenbeleid (gemeente); Gemeentelijk Fonds Achterstandsgebieden (gemeente). Daarnaast wordt in gezamenlijkheid een beroep gedaan op andere Haagse en landelijke fondsen (bijvoorbeeld VSB-Fonds, Praeventiefonds, industriële fondsen). Vaak wordt voor de bekostiging van projecten gewerkt met een samengestelde financiering uit verschillende fondsen.

De strategische bovenbouw van deze ontwikkelingsstructuur van public health in Den Haag wordt gevormd door het College voor de Eerstelijnszorg. Hierin hebben zitting de zorgaanbieders, gebruikers, verzekeraars en de gemeente. Op dit niveau kunnen afspraken worden gemaakt om succesvolle vernieuwingen structureel te maken en blijvend te financieren. Het zal onvermijdelijk zijn om vanuit dit college van public health in Den Haag met landelijke instanties te overleggen over aanpassingen van vastgelegde functies en financieringsstructuren. Daarnaast kan in dit forum op basis van ervaringen uit onder meer de projecten geleidelijk aan een visie worden ontwikkeld. Deze kan weer als toetsingskader worden ingezet voor de beoordeling van toekomstige ontwikkelingen.

Lessen uit de Haagse praktijk

Deze public health-structuur voor de ontwikkeling van de eerstelijnszorg in achterstandsgebieden in Den Haag is geleidelijk gegroeid. Hij is op dit moment volledig operationeel. Aldus worden gaandeweg de uitgangspunten en plannen uit de gemeentelijke nota 'Sturen op Doelen: vertrekpunten voor Sport Zorg en Welzijn' voor de terreinen zorg en welzijn en de groepen jongeren, ouderen en sociaal zwakkeren in de praktijk gebracht (25). Hiermee lijkt onze stad in de praktijk ook reeds op ruime schaal te werken aan het gedachtegoed van de commissie

Lemstra (26). Op basis van de hiermee tot dusverre opgedane ervaringen vallen tot slot de volgende (voorlopige) lessen te trekken.

- De meeste activiteiten en projecten zijn tot dus verre gericht op het stadsdeel Centrum. Dit stadsdeel blijkt qua schaalgrootte, sociaal-culturele identiteit, zwaarte van problematiek en bestaande organisatiestructuren een adequaat oriëntatiegebied voor processen van zorgvernieuwing. Op den duur zouden stadsdelen wel eens geschikte territoriale eenheden kunnen blijken voor de afstemming en de organisatie van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag (27).
- De aanwezigheid van ontwikkelingsbureaus bij zorginstanties en de werkzaamheid van de STIOM zijn absolute voorwaarden voor succesvolle zorgvernieuwingsprocessen, waarbij een brede benadering en samenwerking voorop staan. Met de inzet van deze bureaus is het mogelijk om -naast de eigen, afzonderlijke instellingsdoelen- gecoördineerd te werken aan integrale vraagstukken van volksgezondheid.
- De gelaagde opbouw (praktijkprojecten, stedelijke adviesgroep, fondsbeheerders, college eerstelijnszorg) maakt een vruchtbaar samenspel tussen praktijk en beleid en visie mogelijk. Deze interactie is nodig om de behoeftegerichtheid van de ontwikkelingsprocessen te bevorderen.
- Op stedelijk niveau is een initiatiefnemer nodig om de 'public health-tafels' neer te zetten voor de brede afstemming tussen betrokkenen en om de lokale politiek-maatschappelijke input te geven aan de ontwikkelingsrichting. Voor de rolverdeling inzake de sturing op regionaal niveau bestaat tot op heden geen wet- of regelgeving. In Den Haag blijken de betrokken partijen het op prijs te stellen, dat de gemeente deze voor haar 'natuurlijke' rol voor haar rekening neemt.
- Voor de ontwikkeling en de wetenschappelijke onderbouwing van instellingsgerichte initiatieven van vernieuwing hebben - zoals gezegd - de afzonderlijke organisaties een passend eigen ontwikkelingsapparaat nodig. Voor de ontwikkeling en de onderbouwing van public health-initiatieven als integrale onderneming, die de

partijen op een gemeenschappelijke noemer verbindt, heeft de stad ook een krachtig instrument nodig. In Den Haag is de gecombineerde inzet van expertise op het gebied van onderzoek en ontwikkeling vanuit de voormalige dienst Welzijn (nu OCW) zeer functioneel gebleken.

Literatuur:

1. Levine S, Scotch NA. Social Stress. Chicago: Aldine Publishing Company 1970.
2. Dohrenwend BP. The Social-Psychological Nature of Stress: A Framework for Causal Inquiry. *Journal of Abnormal Psychology* 1961; 62: 294-302.
3. Durkheim E. Suicide: A Study in Sociology. New York: Free Press, 1951.
4. Doyal L, Gough I. The Political Economy of Health. London: Pluto Press Ltd, 1979.
5. Kickbush I. A New Public Health Orientation for the City. In: Kaasjager DC, Maesen LJG van der, Nijhuis HGJ, editors. The New Public Health in an Urban Context: Paradoxes and Solutions. Copenhagen: WHO Healthy Cities Papers 1989; nr. 4: 43-56.
6. Ashton J, editor. The Origins of Healthy Cities. In Healthy Cities. Liverpool: Open University Press, 1992.
7. Ashton J. Creating a New Public Health. In: Kaasjager DC, Maesen LJG van der, Nijhuis HGJ, editors. The New Public Health in an Urban Context, Paradoxes and Solutions. Copenhagen: WHO Healthy Cities Papers 1989; nr. 4: 99-117.
8. Opschoor A, Danz MJ. Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 14-7.
9. Werkconferentie. Knelpunten in de communicatie tussen migranten en zorgverleners. STIOM, Den Haag 1997.
10. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 2: 5-11.
11. Ramsaransing GN, Sadhoeram SM. Hindostanen en 'hun suiker' I. Spontane reacties naar aanleiding van onderzoek. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 2: 12-6.
12. Beljaarts MAMM, Veenman J. Het zorgaanbod door allochtonen bekeken. Allochtone zorgvragers in de Haagse Schilderswijk en Transvaal over hun ervaringen met het zorgaanbod. ZSEO, Rotterdam, 1997.
13. Linneman M. Een eenzaam (s)lot? Een intergratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam, november 1996.
14. Nota Ouderenbeleid. Gemeente Den Haag, november 1995.
15. H.T.A. Lucas. Notitie mantelzorg. Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, november 1994.
16. Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen. Advies over de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
17. Beantwoording Tweede Kamer nr. 13; Koppelingswet: 825-5616 oktober 1996.
18. Aanpak drugproblematiek in Den Haag. Gemeente Den Haag, december 1995.
19. Pols A. 'Downtown': Vijf huisartsen over hun werk in Haagse centrumwijken. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 1: 4-10.
20. Waal MWM, e.a. De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk: een experiment in Den Haag. Rijksuniversiteit Leiden, vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1997.
21. Nijhuis HGJ, Ooyen A van. De versterking van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in Den Haag: een tussenrapportage. *Epidemiol Bul Grav* 1996; nr. 1: 15-8.
22. Stedelijk Plan van Aanpak Achterstandswijken Den Haag. Nota District Huisartsen Vereniging in samenwerking met de GGD. Den Haag 1996.
23. Nijhuis HGJ. The Healthy Cities Movement in the Netherlands. *Health & Social Care* 1993; 2: 53-6.
24. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): Over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988 (2); 23 nr 4: 3-16.
25. Sturen op Doelen: vertrekpunten voor Sport, Zorg en Welzijn. Gemeente Den Haag. Den Haag 1995.
26. Lemstra W. Gemeentelijk Gezondheidsbeleid Beter op zijn plaats.
27. Nijhuis HGJ. Voorwaarden voor vernieuwing van public health. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Proefschrift Universiteit Utrecht. Utrecht, november 1994.

'Kijk in de wijk'

Dagboek van twee consultatiebureau-artsen

Mw. B.V. Das en Mw. J.M. Lamme-Wolters

Voor elke ouder van jonge kinderen is de periodieke gang naar het consultatiebureau - gewapend met het groeiboek - een bekend ritueel. Aan- en uitkleden in het 'stemhok', de kleine van de tractor af zien te krijgen als de dokter wacht en de nerveuze communicatie met de altijd begrijpende assistente. Als alles goed is volgt de trotse weg huiswaarts. Maar er is ook leed. Wederwaardigheden uit de spreekkamer in de vorm van een dagboek. Twee consultatiebureau-artsen praktiserend in heel verschillende wijken doen hun verslag.

Hanneke Lamme werkt al ruim achttien jaar op een consultatiebureau voor zuigelingen en peuters. Daarnaast maakt ze voor één dag in de week deel uit van de staf van Thuiszorg Den Haag.

Sinds september 1988 is de Weimarstraat in het Regentesse/Valkenboskwartier in Den Haag (Centrum Segbroek) haar vaste stek.

De bevolking is een mix van laag tot hoog opgeleid; autochtoon en (ongeveer 40%) allochtoon met meer dan 25 verschillende nationaliteiten: vooral Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse families maar ook Pakistani en een vrij grote groep meestal alleenstaande Antilliaanse moeders. Omdat de bevolking zo divers is, is er geen tolkenbureau mogelijk. Vaak komen familieleden mee om te vertalen. Wanneer er voldoende tijd is kan de tolkentelefoon worden gebruikt.

Ze werkt maandag, dinsdag en vrijdag op het consultatiebureau.

Bianca Das werkt sinds 1989 als consultatiebureau-arts. Op dit moment is haar werklocatie de Strausslaan in Nieuw Waldeck (Centrum Loosduinen). Bij haar komen ouders vooral uit Kraayenstein, Loosduinen, Kijkduin en Nieuw Waldeck.

De wijken zijn redelijk ruim van opzet met een diversiteit aan bouwtypes: van flatgebouwen met twee tot drie kamers tot eengezinswoningen met tuin. Haar populatie heeft het genot van het strand en de

Over de auteurs:

Mw. B.V. Das en Mw. J.M. Lamme-Wolters, werken als arts op een consultatiebureau voor zuigelingen en peuters van de Stichting Thuiszorg Den Haag.

Stichting Thuiszorg Den Haag beschikt over acht Centra voor Thuiszorg. Een centrum omvat drie taakeenheden: 'Thuiszorg' (wijkverpleging), 'Thuishulp' en 'Ouder en kindzorg'. De consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters tot vier jaar vallen onder de Ouder en Kindzorg.

Op het consultatiebureau werkt men zoveel mogelijk in dezelfde teams: een vaste consultatiebureau-arts en wijkverpleegkundige ondersteund door een assistente. Dit om een zo goed mogelijke continuïteit in zorg te waarborgen. Het consultatiebureau is een 'nuldelijns'-voorziening. De drempel is laag; vaak lopen ouders binnen met vragen of bellen op.

De ouders komen met hun kind op afspraak naar het consultatiebureau. Zuigelingen worden in hun eerste levensjaar negen keer opgeroepen; vijf keer bij de arts en vier keer bij de wijkverpleegkundige. Bij de peuters zijn er vijf gecombineerde consulten gepland: eerst bij de verpleegkundige en daarna bij de arts. Voor een bezoek is ongeveer vijftien minuten beschikbaar. Hierin

moet veel gebeuren: het beoordelen van de gezondheidstoestand en de ontwikkeling van het kind, het beantwoorden van vragen van ouders, het inventariseren van eventuele problemen, het adviseren over onder andere voeding en veiligheid en het geven van de vaccinaties volgens het inentingsprogramma*) Wanneer iedereen komt is de tijdsdruk groot. Met negen maanden wordt er in een aparte setting nog een gehoortest gedaan met de CAPAS, een speciaal daarvoor ontwikkelde computer met geluidsboxjes.

De wijkverpleegkundige heeft meer taken dan alleen het 'bureau'. Ze houdt telefonisch spreekuur, maakt huisbezoeken, geeft cursussen: onder andere 'Opvoeden Zo', 'Aanstaande Ouders', 'Omgaan met peuters', en neemt in sommige wijken deel aan projecten als 'Spel aan Huis' en 'Opstapje'.

Op het consultatiebureau wordt naar het kind gekeken, maar ook naar de relatie met de ouders en met de omgeving.

duinen op loopafstand. Ze ziet vooral Nederlandse ouders die in het algemeen vrij goed zijn opgeleid. Met hen is meestal prima contact te maken waardoor advisering en begeleiding gemakkelijk verlopen. De ouders zijn mondig en geven vaak goed aan wat ze willen weten.

Ze werkt dinsdag en vrijdag en, in de weken van het avondconsultatiebureau, ook de donderdagavond.

*Maandag: Hanneke Lamme,
Regentesse/Valkenboskwartier*

Wanneer ik om 9.00 uur binnenkom is het nog rustig. We hebben een grote wachtruimte waar zelden iemand zit. De meeste ouders lopen door naar de 'boxen-kamer' aan de achterkant van het gebouw. Hier zetelt de assistente en kunnen de ouders de kinderen uitkleden. De kamer van de arts en de verpleegkundige grenzen aan deze ruimte. Het is niet echt groot maar wel gezellig. En er is een kast met speelgoed.

Vanmorgen is er een zuigelingenconsultatiebureau gepland. De boxenkamer vult zich snel met moeders en kinderen. Broertjes en zusjes graaien het speelgoed uit de kast en amuseren zich prima. De assistente is als een rots in de branding. Ze meet en weegt plussende en huilende baby's zonder te struikelen over auto's en karren, maakt nieuwe afspraken en

zorgt ook nog voor koffie en thee.

De morgen loopt vlot: Goed groeiende kinderen, tevreden ouders. Wil een kind goed gedijen, dan heeft het meer nodig dan drinken en een schone luier. Een kind moet zich geliefd kunnen voelen wil het (met een vakterm) 'veilig gehecht' opgroeien. Een van de taken van de Ouder en Kindzorg is het bevorderen van een goed contact tussen ouder en kind. Als consultatie-bureamedewerker zit je in de unieke positie dat je ouders en kinderen van dichtbij meemaakt en ze kan laten zien hoe een kindje reageert: aandachtig luistert, kijkt, lacht, 'kletst' en later klanken en gebaren imiteert. Veel ouders reageren intuïtief goed op hun kind, sommigen hebben wat aanmoediging nodig.



*) Vier maal DKTP en Hib (tegen hersenvliesontsteking) wanneer de baby drie, vier, vijf en elf maanden is en éénmaal de BMR (met vijftien maanden) en DTP (met vier jaar).

'Moederen' is internationaal. Juist in de allochtone gezinnen waar babies heel centraal staan en er altijd wel iemand is om ze te dragen of te knuffelen, hebben ze een heerlijk leven.

Alle ouders willen worden bevestigd: 'We hebben een gezond kind en zorgen er goed voor'.

Na afloop praten Christa (de wijkverpleegkundige) en ik de consulten van die morgen door. Daarna is er rustig tijd voor administratie en telefoontjes. Om half drie ben ik klaar.

's Avonds is er een 'functiegroep-overleg' op het hoofdkantoor aan de Loosduinseweg. In een groep van negen à vijftien vrouwen (er is maar één mannelijke collega) buigen we ons geregeld over problemen, wisselen ervaringen uit en bespreken literatuur.

Vandaag behandelen we het nieuwe ontwikkelingsschema Van Wiechen **) en bespreken we problemen die we op het consultatiebureau zijn tegengekomen. De discussies zijn zeer geanimeerd. Om kwart over tien stoppen we ermee.

*Dinsdag: Bianca Das,
Nieuw-Waldeck*

Na een heerlijke wintersportvakantie weer terug in de werkelijkheid. De 'eerste prik' ligt alweer klaar en ik start vol goede moed met het zuigelingenconsultatiebureau. Vandaag veel jonge zuigelingen, dus veel vaccineren. Drie kersverse ouders vandaag, waarbij de trotse blikken van de ouders nooit vervelen. Bij het eerste bezoek op het consultatiebureau is het dossier al gevuld met informatie over het gezin, zwangerschap en bevalling. De bevalling neem ik nog eens rustig door om de ouders de kans te geven hun eigen verhaal te vertellen. Het schept meestal al een band, van groot belang voor de volgende contactmomenten. Ik probeer zoveel mogelijk een sfeer te creëren waarin de ouders hun ei kwijt kunnen; hun deskundigheid staat daarbij voorop. Eventuele sturing moet op een prettige wijze plaatsvinden en ouders moeten zich hierin ook kunnen vinden. Natuurlijk is dit alles afhankelijk van de ontwikkeling van het kind.

Vanochtend komt een nog jonge moeder met haar dochtertje Kelly van inmiddels acht maanden. Kelly

werd geboren na een zwangerschapsduur van 34 weken en maakte kort daarna een bacteriële hersenvliesontsteking door. Na vele weken ziekenhuisopname kwamen ze naar het consultatiebureau. Kelly stond nog onder controle van de kinderarts. Op de eerste consulten was het een slap aanvoelend meisje, dat haar hoofdje niet of nauwelijks kon oprichten. We maakten ons best zorgen over haar. Maar de natuur deed wonderen, want vandaag zit ze al los (met rechte rug), tiggert, begint met optrekken tot staan. Van slapheid is geen sprake meer en haar hoofdje staat keurig recht. Moeder straalt!

Helaas gaat het niet altijd goed. Wanneer ik bij het eerste consult van vier weken een slap aanvoelende baby in mijn armen houd, moet ik altijd denken aan Paultje. Hij was het derde kind uit een gezellig gezin, waarover moeder zich al tijdens het eerste consult zorgen maakte. Bij het tweede consult was de slapheid toegenomen; Paultje kon zijn voetjes vrijwel niet bewegen en de peesreflexen waren sterk verminderd, in de benen meer dan in de armen. Hij had moeite met drinken, was snel moe volgens moeder en hilde zacht. Ik stuurde moeder met Paultje naar de huisarts en adviseerde een verwijzing voor de kinderneuroloog. Op zo'n moment is het onmogelijk om de bezorgdheid bij moeder weg te nemen en weet je dat er absoluut iets mis is.

Na twee weken belde ik op of er al iets bekend was over Paultje. Moeder bleek net gehoord te hebben dat hij een degeneratieve ziekte had waarbij alle spieren uiteindelijk zullen verlammen. Paultje zal waarschijnlijk voor zijn eerste verjaardag overlijden. Hetgeen ik had vermoed werd helaas bevestigd. Hij ging snel achteruit en overleed op de leeftijd van vijf maanden. Steun geven aan dit gezin is het enige wat het consultatiebureau-team nog kan bieden. De wijkverpleegkundige en ik gingen in die tijd regelmatig op huisbezoek.

Helaas is dit ook de praktijk van het consultatiebureau, hoe onwaarschijnlijk het ook lijkt tussen de vele gezonde zuigelingen.

De ochtend verloopt redelijk vlot en na een snelle lunch begint het peuterconsultatiebureau. Het is elke keer weer een uitdaging om een peuter zover te krijgen dat hij/zij jouw opdrachtjes uitvoert.

**) Het Van Wiechen-schema is een leidraad voor psychomotorische en sociale ontwikkeling van het kind. Sinds kort is er een nieuw Van Wiechen-schema, waarbij een aantal testen vaker wordt herhaald en beter de kwaliteit van het uitvoeren door het kind wordt meegenomen.



Vanmiddag komt Tim, van bijna drie jaar; het gaat prima met dit joch, volgens moeder, en al snel zit ik tegenover Tim om te beginnen met de spelopdrachtjes. Tim toont dan het ware karakter van een driejarige: 'Zeg maar dag tegen de blokjes, het lijntje trekken doe ik ook niet en iets zeggen al helemaal niet'. Moeder doet haar uiterste best om Tim tot iets te bewegen en doet alles voor, ze wordt er helemaal warm van. Volgens Van Wiechen **) voldoet moeder zeker aan het niveau van een driejarige: ze kan keurig het ronde, vierkante, rechthoekige en driehoekige blokje in de bijpassende gaatjes van de blokkendoos stoppen; haar lijntje op papier is keurig recht en voor het bouwen van een treintje met schoorsteen uit vijf blokjes draait ze haar hand niet om. Tim vindt dit laatste wel aardig en bouwt ook een keurige tjoek-tjoek trein. Hij heeft nog steeds niets gezegd en ik heb er voor het verdere verloop een hard hoofd in.

Met m'n grootste charme tover ik de 'toverbril' (een bril met één gat) tevoorschijn, want ik probeer Tim te verleiden tot het meewerken aan de visustest (ogentest). Hij gaat gewillig op schoot van moeder zitten op de juiste afstand van de kaart. En na drie pogingen begint hij zowaar mee te werken. Dit alles leidt tot een goed gescoorde ogenscreening en ik bedenk maar weer dat er soms geen peil op te trekken is, want medewerking van Tim aan de ogentest had ik niet voorZIEN.

*Dinsdag: Hanneke Lamme,
Regentesse/Valkenboskwartier*

's Morgens consultatiebureau-teamoverleg samen met de collega's van de Hanenburglaan. We staan stil bij één van de knelpunten uit het klanttevreden-

heidsonderzoek van vorig jaar: de bereikbaarheid. Het ideaal, de hele dag direct bereikbaar, is met de beperkte menskracht en middelen moeilijk haalbaar. We besluiten tot een proef met een pieper, zodat voor heel dringende vragen er ook buiten de spreekuren een verpleegkundige bereikbaar is. Ondertussen is in de andere ruimte de gehoorscreening in volle gang.

's Middags weer zuigelingenconsultatiebureau. Er moeten veel kinderen worden geprikt, wat een hoop gejammer oplevert. Verder voer ik een lang gesprek met twee doodvermoeide ouders van een gezonde huilbaby. Kant en klare oplossingen zijn hiervoor niet te geven. Het blijft zoeken naar de beste manier van troosten en het gaat met drie maanden eigenlijk altijd wel over, maar dat is een schrale troost als je kind pas zes weken is. Het moederschap gaat niet altijd over rozen.

Een Indiase vader heeft geen behoefte aan lange verhalen. Hij vertelt duidelijk wat hij van me verwacht: 'You write, I buy, and She eat'.

Met een Marokkaans knulletje van één jaar komt ook een vijfjarig zusje mee. 'Jip en Janneke!' roept ze verheugd als ze de plaatjes aan de muur herkent, en 'Getver' wanneer ze de zwarte tanden ziet van het jongetje-met-de-zuigfles op de 'Beter Een Beker'-poster. Een mooie aanleiding om over tandverzorging te beginnen.

Het lukt redelijk om op schema te blijven. Om vijf uur zijn we klaar met nabespreken en opruimen.

*Donderdag: Bianca Das,
Nieuw Waldeck*

Vanavond avondconsultatiebureau. Gezien het grote aantal werkende ouders is er bij ons sinds ongeveer twee jaar de mogelijkheid om met een zuigeling het avondconsultatiebureau te bezoeken (van 18.00 tot 21.00 uur).

Het is weer een drukke boel, de wachtkamer zit flink vol en om het wachten te veraangename krijgen de ouders koffie en thee aangeboden. Vaders komen 's avonds vaak mee, vooral bij een eerste kind in het gezin.

De consulttijd wordt iets langer daar beide ouders met hun vragen komen over hun kind. Er vindt voor mijn ogen een prachtige discussie plaats tussen pa en ma over het wel of niet lekker vinden, door de kleine,

van haar eerste fruihapje. Ik vind het prettig beide ouders te zien. Er wordt duidelijker over de onderlinge band en de hechting met het kind gesproken. Daarbij zie je dat het vaderschap tegenwoordig veel meer inhoud heeft gekregen. Het avondconsultatiebureau is niet meer weg te denken in Loosduinen.

Het consultatiebureau kan er mede voor zorgen dat de band tussen ouders en kind op een goede manier wordt gelegd. De basis voor een veilige hechting vindt vooral plaats in de eerste twee tot vier jaar van het kind. We fungeren als een uitlaatklep voor de praktijkervaringen van de ouders. Jonge kinderen groeien nu vaak op in een hectische leefomgeving. Aan de ene kant zijn ze 'gepland', en daardoor zeer gewenst, wat tot hoge verwachtingen bij de ouders leidt. Aan de andere kant moeten de kinderen wel passen in het schema van 'vier dagen werken en blijven tenissen en uitgaan'. Een huilbaby past dan niet. Het consultatiebureau informeert de ouders in zulke gevallen: wat mag je van een kind verwachten en welke oplossingen zijn er om tot een goed ritme voor allemaal te komen.

*Vrijdag: Hanneke Lamme,
Regentesse/Valkenboskwartier*

's Middags is er peuterconsultatiebureau. De sfeer is anders dan bij de zuigelingen. Peuters zijn bewegelijker, lawaaiiger en het vereist tact en improvisatievermogen om ze mee te laten doen met ontwikkelingspelletjes en ze te onderzoeken. De verschillen in ontwikkelingstempo zijn veel groter en meer sociaal bepaald, vooral bij de taalontwikkeling. De oogst van vanmiddag levert behalve enkele problemen ook leuke en vertederende momenten op.

Een heel tener Pakistaans meisje wil absoluut geen melkproducten. Nu zijn peuters vaak slechte eters en vooral in een cultuur waarin maaltijden een grote plaats innemen kan dit tot fikse conflicten leiden waarbij kinderen soms hardhandig worden gedwongen. Het is dus zaak om de spanning eraf te halen, te kijken wat een kind wel eet om zo eventuele tekorten aan te vullen. In dit geval adviseer ik naast vitamine D extra kalk.

Twee gezellig kletsende zusjes van tweeënhalve en bijna vier jaar kruipen in het poppenbed. Het kraakt verwaarloosd en ik zeg er wat van. Hun vader schiet me te hulp: 'Je bent veel te groot Nathalie, als er een

reus in jouw bed gaat liggen zakt hij er ook door'. Reuzen in bed? Dat gaat niet, en meteen komen ze eruit. Dit zijn kinderen die opgroeien met verhalen en boeken. Aan hun taalvaardigheid is dat ook duidelijk te merken.

Tegen de volgende peuter van anderhalf wordt duidelijk minder gepraat. Ik vraag hem de blokjes in het doosje te doen. De moeder verbetert mij: 'Je moet zeggen: Die (wijst) Daar'. Aan mij de taak om uit te leggen dat een kind beter leert praten wanneer er gewoon en veel *met* hem gesproken wordt.

Ik zie regelmatig in deze wijk dat kinderen al voor hun tweede verjaardag een taalachterstand hebben. Bij buitenlandse kinderen is het nog veel moeilijker na te gaan. Maar we hoeven natuurlijk niet altijd vast te houden aan onze West-Europese normen van voorlezen. Een Somalische vader vertelde mij over hun verteltraditie: alle verhalen over geschiedenis en familie worden mondeling overgedragen.

De volgende klant is de driejarige Achmed, die met zijn aanwezigheid de hele kamer vult en in huis zo druk is dat de huisarts hem een kalmerend drankje gaf. Wanneer hij buiten zou kunnen hollen, klimmen, en voetballen zou er geen echt probleem zijn. Volgens mij ligt dit niet aan het kind maar aan de leefomgeving. Zijn moeder herkent het: 'Als hij uit (peuter)-school komt, is hij als een vogeltje dat uit zijn kooi vliegt'. Maar dit vogeltje vliegt wel bijna onder een auto. We bespreken de speelmogelijkheden buiten en de vaste verpleegkundige zal contact met haar opnemen om over de opvoeding te praten. Hij heeft veel structuur nodig en misschien is het verstandig om nu te investeren in extra ondersteuning ('Opvoeden Zo', eventueel videohometraining).

Tot slot komt er een peuter van veertien maanden. Ze loopt net los, wijdbeens de handjes omhoog. Haar ouders zijn piepjong, Surinaams en ze wonen met z'n drieën op één kamer met een lekkende serre. De moeder was vijftien jaar toen de baby werd geboren. Een kind met een kind. Toch lijkt ze aardig gegroeid in de moederrol.

Wanneer de twaalfde de deur uit is merk ik pas hoe moe ik ben. Nu nog nabespreken en 'ruiteren' (nog geen automatisering) voor de vervolgspraken. Bij de niet-verschenen kinderen is een Antilliaans meisje waarover we ons zorgen maken. Er staan wel zes adressen op de kaart. Eerst maar eens uitzoeken waar ze woont.

Op weg naar de tram kom ik op de stoep spelende jongetjes tegen. Ik ken ze vanaf hun geboorte, maar ze kijken glazig wanneer ik ze goedendag zeg. Buiten het gebouw word je zelden herkend.

Maar nu is het weekend en moet ik alles losgelaten. Ik stap in de tram en pak een gezellig boek.

*Vrijdag: Bianca Das,
Nieuw Waldeck*

Vandaag een drukke dag, want tussen het peuterbureau en het zuigelingenbureau staat een consultatiebureau-teamoverleg gepland. De ochtend gaat razendsnel voorbij. Meest opvallend was het carieuze gebit van de twintig maanden oude Lianne. Reeds op de leeftijd van negen maanden wordt op het consultatiebureau het oefenen met tuitbeker aangekaart, zodat de flesvoeding kan worden teruggebracht. Dit om de juiste stand van tanden en bovenkaak te behouden en ter voorkoming van cariës.

Helaas geldt voor een aantal ouders nog altijd: gemak dient de mens, in dit geval: flesvoeding geeft mij wat rust. Het 'troostflesje' met limonade of melk, met name 's nachts, leidt tot grove aantasting van

het melkgebit. Het is altijd weer een pijnlijke aanblik die kleine verrotte bruine stompjes tand in bovenkaak en soms ook onderkaak. Ik hoop dat ons advies om snel contact op te nemen met de tandarts wél wordt opgevolgd.

Eén uur later dan gebruikelijk start het zuigelingenconsultatiebureau.

Vanmiddag komt Clark, inmiddels negen maanden oud. Ondanks zijn (op tijd gekregen) DKTP-vaccinaties heeft hij kinkhoest gekregen. Helaas blijken deze vaccinaties geen volledige bescherming meer te bieden. Deze kinkhoestvorm (bij een volledig gevaccineerde zuigeling) verloopt echter wel minder heftig. De hoestbuien, vele weken lang, putten kind en ouders wel uit, met name 's nachts. Gelukkig gaat het nu een stuk beter met hem, het ergste is weer voorbij.

Aan het eind van de middag nog gauw een moeder telefonisch gerustgesteld naar aanleiding van de reactie van zoonlief op zijn eerste DKTP- en Hibvaccinatie.

Gauw de boel afsluiten, zoonlief ophalen van de crèche en het weekend kan beginnen.

Verhoogde sterfte onder vrouwen beneden de 65 jaar in een Haags woongebied

Een verontrustend signaal weerlegd

Mw. I. Burger, B.J.C. Middelkoop en H.W.A. Struben

Eerder kwam de Haagse wijk Houtwijk in het nieuws wegens een oversterfte bij vrouwen onder de 65 jaar. Dat vroeg om nader onderzoek.

In een studie van de afdeling Epidemiologie van de Haagse GGD is gekeken naar drie mogelijke verklaringen. De aanwezigheid van een groot aantal verpleeghuisbedden verklaart veel. Ook de instroom van 'nieuwelingen' uit ongezondere wijken droeg er aan bij. Bovendien blijken verhuizingen op latere leeftijd er bij vrouwen meer 'in te hakken' dan bij mannen.

Bij nader inzien geen reden dus tot paniek.

In binnen- en buitenlands onderzoek wordt stelselmatig een duidelijke samenhang gevonden tussen de sterfte en het sociaal-economische niveau in een bepaald woongebied. Ook voor Den Haag is deze situatie van ongelijkheid in volksgezondheid onderzocht en in beeld gebracht. De sterftcijfers over de periode 1977-1987 van de circa 180.000 mensen die in de meest welvarende wijken woonden werden daartoe vergeleken met de sterftcijfers van de circa 115.000 mensen die in de minst welvarende wijken woonden. Na correctie voor verschil in leeftijdsopbouw bleek (onder de 0- tot 64-jarigen) de sterfte in de minst welvarende wijken 40% hoger dan in de welvarendste wijken (1). Deze bevinding was in 1992 voor de Haagse gemeenteraad reden om nader onderzoek te vragen.

De afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag verrichtte daarop een sterfte-onderzoek over de jaren 1982-1991, waarbij de nadruk lag op de vraag welke doodsoorzaken het sterkste verantwoordelijk zijn voor dit sociaal-economische sterfteverschil. De uitkomsten van dit onderzoek zijn voor de leeftijdsgroep onder de 65 jaar in serie gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin (2)(3)(4).

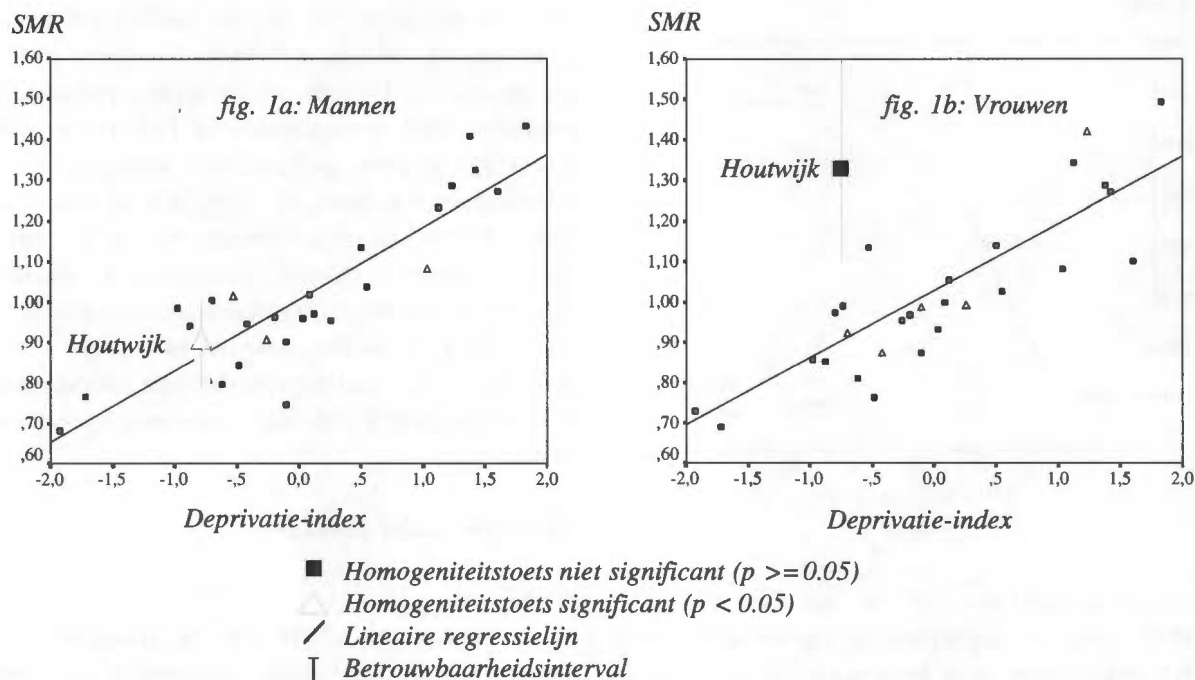
In deze studie nam het gebied Houtwijk (woongebied 23) een opmerkelijke en toen niet begrepen positie in. Gezien het sociaal-economische niveau van deze

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, onderzoeker, B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog en Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling, allen werkzaam bij de GGD afdeling Epidemiologie, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

figuur 1 a en b

Samenhang tussen de SMR's van de totale sterfte beneden de 65 jaar en de mate van achterstand van de woongebieden voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1982-1991.



wijk kon er worden gesproken van een zekere mate van oversterfte voor vrouwen onder de 65 jaar (SMR ¹⁾ 1,33, 95% b.i.: 1,10 - 1,60; zie figuur 1b). Bij de mannen *) van dezelfde leeftijd was dit niet het geval (figuur 1a).

We hebben uiteraard gecontroleerd of meetfouten misschien verantwoordelijk zijn geweest voor de gevonden hoge SMR. Dit bleek niet het geval.

Deze 'uitbijter'-positie van vrouwen in Houtwijk had een extra lading omdat er eind jaren tachtig commotie in deze wijk was ontstaan vanwege een vermeende verhoogde kankersterfte. Dit signaal is overigens wetenschappelijk nooit bevestigd.

In dit artikel gaan we na of de gevonden opmerkelijk hoge SMR onder vrouwen te verklaren valt. Kort gezegd luidt onze onderzoeksvraag: wat maakt de sterfte onder vrouwen beneden 65 jaar in Houtwijk zo hoog?

Om hier antwoord op te kunnen geven is meer informatie nodig over de bewoners van Houtwijk en over de sterfte naar leeftijd en doodsoorzaak. Op basis van een serie nieuwe analyses worden in dit artikel drie mogelijke verklaringen getoetst voor de

relatieve oversterfte voor vrouwen beneden de 65 jaar. We zullen daarbij ook steeds bekijken welke betekenis deze verklaringen hebben voor de sterfte onder de mannen beneden de 65 jaar.

Kortheidshalve zullen we in dit artikel niet telkens herhalen dat we ons beperken tot de sterfte onder de leeftijd van 65 jaar. Tenzij anders vermeld mag steeds voor 'vrouwen' worden gelezen: 'vrouwen jonger dan 65 jaar', en voor 'mannen': 'mannen jonger dan 65 jaar'.

Houtwijk sociaal-demografisch bekeken

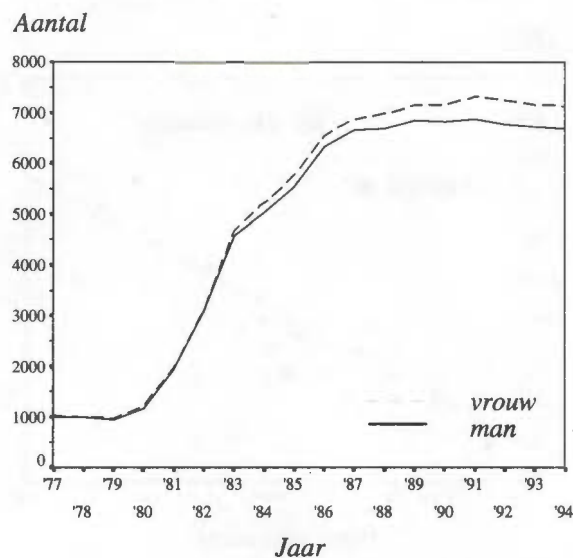
Houtwijk was ten tijde van het onderzoek de meest recente nieuwbouwwijk binnen de gemeentegrenzen van Den Haag. Het voormalige tuinbouwgebied maakte van meet af aan een explosieve groei door

¹⁾ De SMR geeft de verhouding aan tussen de sterfte in een woongebied en de sterfte in de rest van Den Haag, rekening houdend met verschil in leeftijdsopbouw. Een SMR van 1.33 betekent dat in het woongebied een 33% hogere sterfte voorkomt dan elders in Den Haag in de periode 1982-1991.

*) Hierbij moet worden opgemerkt dat de zogenoemde homogeniteitstoets significant was. Met deze toets wordt nagegaan of een eventueel afwijkend sterfteniveau tussen Den Haag en het woongebied, gelijkelijk over de leeftijdsklassen zijn verdeeld. Indien dat niet het geval is ('de homogeniteitstoets is significant'), valt er geen zinvolle SMR te berekenen.

figuur 2

*Inwonersaantal van Houtwijk naar geslacht.
Den Haag 1977-1994*



van circa 6.000 inwoners in 1982 naar 14.000 in 1991 (figuur 2). Begin jaren tachtig was de instroom het sterkst en nam in de loop van de tijd geleidelijk af (1982: 59%; 1985: 27% en 1988: 13%) (5). Met deze percentages kan worden gesproken van een zeer intensieve mobiliteit.

Het sociale niveau van Houtwijk (percentage werklozen onder de 15-64-jarigen (1990) en het gemiddelde inkomen per inkomenstrekker (1984)) valt in de categorie midden-hoog (2). De z-score van de deprivatie-index bleek - 0,73. (Deze score varieerde voor alle 29 Haagse woongebieden tussen - 1,93, het gebied met het hoogste sociale niveau en + 1,85, het gebied met het laagste sociale niveau.)

Houtwijk kent een grote variatie aan soorten woningen. Men heeft de wijk ruimer opgezet dan in de jaren daarvoor gebruikelijk was. Het overheersende beeld is laagbouw. Er zijn overwegend woningen met hoge huren of prijzige koopwoningen (6). De huizen

tabel 1

Leeftijdsspecifieke sterftecijfers (per 1.000) van Houtwijk en heel Den Haag voor 0-64-jarige vrouwen met het relatieve risico (RR). Den Haag 1982-1991.

Leeftijd	Houtwijk	Den Haag	RR
0-24 jaar	0,4	0,4	1,00
25-44 jaar	1,1	0,9	1,22
45-54 jaar	4,2	3,3	1,27
55-64 jaar	11,2	7,7	1,45

in Houtwijk functioneren vrijwel niet als doorgangshuis naar betere woonsituaties. In het algemeen wil men er voor langere tijd blijven wonen (6).

Er wonen veel gehuwden: in 1987 was circa 60% van de mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 15-64 jaar gehuwd (5). Dit was toen het hoogste percentage gehuwden voor woongebieden in Den Haag. Het accent ligt op jonge gezinnen met echtparen in de leeftijdsgroep van dertig tot vijftig jaar en kinderen onder vijftien jaar (6). Verweduwen en gescheidenen wonen er in Houtwijk nauwelijks (5). Slechts 10% van de Houtwijkers heeft een allochtone achtergrond. Het gaat dan met name om Surinamers. Houtwijk is met andere woorden een overwegend welgestelde, blanke wijk, waar veel (jonge) gezinnen wonen.

De sterfte nader bekeken**Sterfte en leeftijd**

In de periode 1982-1991 zijn in Houtwijk 111 vrouwen (jonger dan 65 jaar) overleden, in heel Den Haag 3.661.

De sterfte per leeftijdsklasse van deze 111 overleden vrouwen staat weergegeven in tabel 1. Ze worden vergeleken met de leeftijdspecifieke sterftecijfers voor heel Den Haag. Duidelijk is te zien dat de verhoging van de Houtwijkse sterfte geleidelijk toeneemt met het klimmen van de jaren. De oudste leeftijdsgroep in Houtwijk (55-64 jaar) heeft 45% meer kans om te overlijden dan dezelfde groep in heel Den Haag. Bij volgende analyses zullen we bekijken of we aan dit opvallende gegeven meer betekenis kunnen toekennen.

Oorzaak van overlijden

Naast de leeftijd kan ook de oorzaak van overlijden aanknopingspunten bieden voor (mogelijke) verklaringen van de gevonden hoge sterfte. In tabel 2 zijn

tabel 2

Doodsoorzaak(groep)en die zich onder vrouwen beneden de 65 jaar in Houtwijk verhoogd voordeden uitgedrukt in de SMR (met betrouwbaarheidsinterval) en absolute aantallen voor Houtwijk en Den Haag, 1982-1991.

Doodsoorzaak (groep)	SMR (95% b.i.)	Houtwijk	Den Haag
		Abs.	Abs.
Nieuwvormingen (AM 12-19)	1,39 (1,05-1,85)	49	1,612
Dikke darm kanker (AM 13-14)	2,33 (1,03-5,30)	6	132
Ademhalingsaandoeningen (AM33-35)	4,60 (1,99-10,70)	6	66
- Pneumonie en influenza (AM 33-34)	7,51 (2,20-25,65)	3	20
- CARA (AM 35)	3,32 (1,03-10,77)	3	47
Overige ziekten (AM 42-45,47)	1,82 (1,15-2,88)	19	410
Motorvoertuigen en ongevallen (AM 48-49)	2,65 (1,06-6,59)	5	69

de groepen doodsoorzaken weergegeven, die een significant verhoogde sterfte in Houtwijk lieten zien vergeleken met de rest van Den Haag. De tabel laat tegelijk zien dat het meestal om een tamelijk gering aantal sterfgevallen gaat. Vaak zou één sterfgeval minder al betekenen dat er geen statistische significantie meer is; reden om niet te veel betekenis toe te kennen aan het lijstje aandoeningen, an sich, in de tabel.

De belangrijkste bijdrage aan de verhoogde sterfte bij vrouwen leveren ademhalingsaandoeningen (pneumonie, influenza en CARA), nieuwvormingen (vooral dikke darm-kanker) en overige ziekten. Vooral in de leeftijdsgroep 55-64-jarigen kwam dit patroon tot uiting. Vijf sterfgevallen op jonge leeftijd bleken als oorzaak (verkeers)ongevallen te kennen. Twee vrouwen waren jonger dan 24 jaar, de andere drie jonger dan 55 jaar.

De doodsoorzaken zijn divers en geven nog weinig aanknopingspunten. Indien uit deze groep doodsoorzaken wel een gemeenschappelijk patroon te herkennen zou zijn (bijvoorbeeld een bekende samenhang met één of meer risicofactoren, waarvan de aanwezigheid in Houtwijk dan nader zou kunnen worden onderzocht), dan biedt dit een ingang voor nader onderzoek.

Drie mogelijke verklaringen

De opmerkelijke sterfte van Houtwijkse vrouwen naar sociaal niveau hebben we in beeld gebracht in

een spreidingsdiagram (figuur 1a). De plaats in dit diagram wordt uiteraard bepaald door de positie op de X-as (de mate van sociale achterstand) en de positie op de Y-as (de voor leeftijd gecorrigeerde sterfte in het woongebied). De plaats in het diagram zou dus niet opmerkelijk zijn geweest indien ze lager was geweest op de Y-as (minder sterfte), óf meer naar rechts op de X-as (een lager sociaal niveau). De rechte lijn in het diagram is de zogeheten regressielijn, die voor Den Haag het verband aangeeft tussen het sociaal-economische niveau van een wijk en de sterfte. Opvallend is dat de sterfte onder de Houtwijkse vrouwen significant verhoogd is ten opzichte van deze regressielijn, en zelfs ten opzichte van het Haagse gemiddelde (dit gemiddelde bedraagt per definitie 1,00).

In het navolgende zullen we de scores op beide assen nader onder de loep nemen.

Sterfte in verpleeghuizen

Het ligt in de rede om bij verhoogde sterfte in een gebied te kijken naar concentraties van groepen mensen met verhoogde sterfterisico's.

In Houtwijk staan drie verpleeghuizen. Gezamenlijk bieden ze plaats aan circa 275 somatische en ruim 200 psychogeriatrische patiënten. Dit komt neer op respectievelijk 13% en 10% van het totale aanbod verpleeghuisbedden in Den Haag (7). Gemeten aan de inwoneraantallen ligt dit ruim boven het Haagse gemiddelde. Er kan dus worden gesproken van een relatieve concentratie van verpleeghuisbedden in

Houtwijk. In het stadsdeel Loosduinen, waarvan Houtwijk deel uitmaakt, kwam in 1992 driekwart van de geplaatste somatische en psychogeriatrische patiënten van buiten dit gebied (7).

Voor het bevolkingsregister geldt na een opname-duur van een jaar het adres van het verpleeghuis als woonadres van de patiënt (hetzelfde geldt bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis). Onze sterftegegevens zijn gebaseerd op de adressen uit dit register. Verwacht mag worden dat de sterftestatistiek van Houtwijk hierdoor hoger uitvallen.

In studies naar sterfteverschillen tussen wijken wordt als regel rekening gehouden met deze 'artificiële' invloed van een concentratie van verpleeghuissterfte. Daarbij wordt het rekening houden echter dikwijls beperkt tot de sterfte boven de 65 jaar. Deze benadering leidt evenwel tot een vertekening van het uiteindelijke beeld, indien ook onder de 65 jaar kan worden gesproken van een verhoogd sterfterisico. Uit de Haagse verpleeghuisstatistiek blijkt dat 9% van de somatische bedden en 2,5% van de psychogeriatrische bedden wordt bezet door iemand beneden de 65 jaar (7).

Om het effect van de verpleeghuissterfte uit te sluiten zijn alle sterfgevallen waarbij het woonadres een verpleeghuis bleek te zijn uit de bestanden verwijderd. Daarna zijn de SMR's in alle woongebieden in Den Haag opnieuw berekend.

Omdat dezelfde overwegingen gelden voor chronische psychiatrische patiënten zijn ook de overledenen in psychiatrische ziekenhuizen uitgesloten. In Houtwijk, waar geen psychiatrisch ziekenhuis is, zou immers dientengevolge sprake kunnen zijn van relatieve ondersterfte.

Langs die weg zijn alle personen die zijn overleden in zorgvoorzieningen, waarvan redelijkerwijs mag worden verwacht dat zich daar een concentratie van sterfgevallen uit andere delen van de stad heeft voorgedaan, niet meegenomen in de nieuwe berekeningen van de sterftecijfers **).

Aldus werden van de 3.661 overleden vrouwen jonger dan 65 jaar 107 vrouwen in de nieuwe berekening niet betrokken. Hieronder waren 18 sterf-

gevallen in Houtwijk. Bij de mannen bedroegen de getallen achtereenvolgens: 6.263, 132 en 13.

De correctie bleek van groot belang voor het onderhavige onderzoek. De SMR van vrouwen in Houtwijk daalt van 1,33 naar 1,14 (b.i.: 0,93 - 1,40) (figuur 3b). Toch is de aldus gecorrigeerde sterfte nog steeds significant verhoogd ten opzichte van het niveau, dat op grond van het vastgestelde sociale niveau van Houtwijk (de regressielijn) mag worden verwacht.

Bij de mannen zien we ten gevolge van dezelfde ingreep een veel geringere daling, namelijk van 0,92 naar 0,86 (b.i.: 0,72 - 1,02) (figuur 3a).

Geconcludeerd kan worden dat een deel van de oversterfte onder vrouwen in Houtwijk kan worden toegeschreven aan de relatieve concentratie van verpleeghuispatiënten in dat gebied.

Het sociale niveau nader bekeken

Houtwijk is een nieuwbouwwijk en onderging gedurende de onderzoeksperiode een forse uitbreiding: tussen 1982 en 1991 heeft het inwonersaantal zich meer dan verdubbeld. Van belang is dat de positie van Houtwijk in de rangordering van woongebieden naar sociale achterstand in de loop van de onderzoeksperiode is veranderd. Vanwege de intensieve migratie van mensen uit andere gebieden, met mogelijk andere sociale niveaus, is het dus aangewezen om te onderzoeken uit welke gebieden in Den Haag de nieuwkomers afkomstig waren. Het is immers zeer aannemelijk, dat de sterfte wordt beïnvloed door de sociaal-economische condities over een langere periode voorafgaand aan het moment van de sterftemeting (8).

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de woongebieden waar de inwoners van Houtwijk uit afkomstig zijn, zijn aan de hand van gegevens van de afdeling Burgerzaken van de gemeente Den Haag over de jaren 1981-1988 de verhuisbewegingen onderzocht. Hierdoor kon worden bepaald welke deprivatie-score de bevolking van Houtwijk zou hebben gehad wanneer een ieder afzonderlijk de score zouden hebben gekregen van het woongebied waar hij of zij uit afkomstig was.

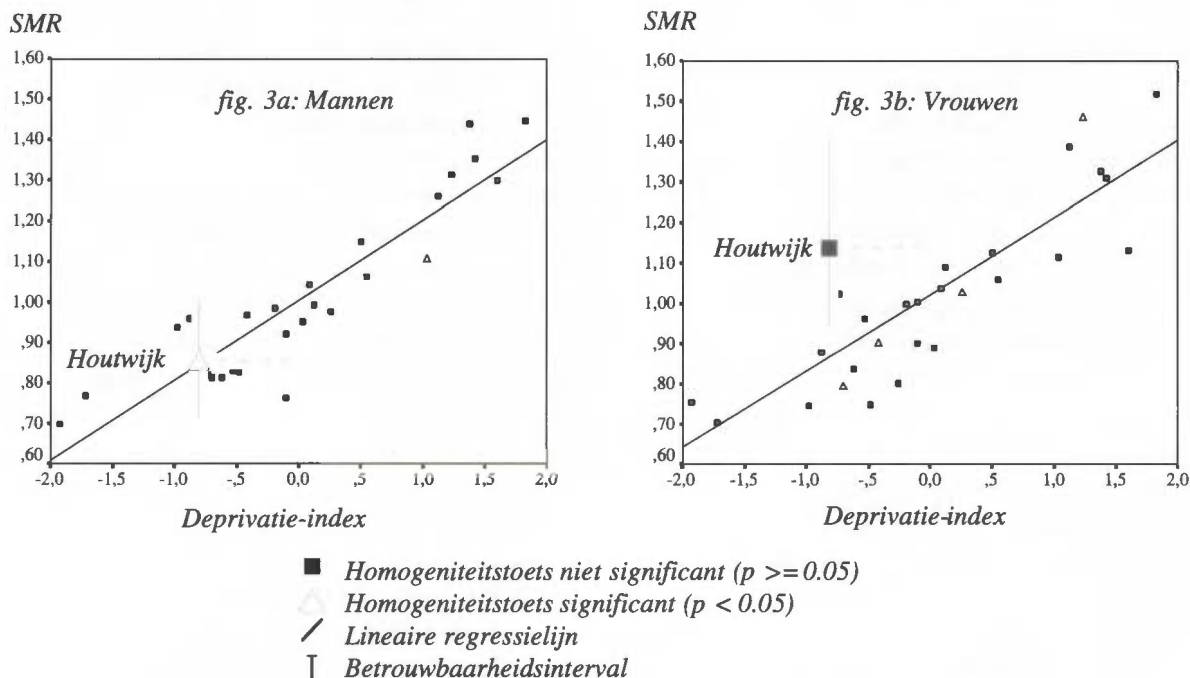
Deze kunstgreep resulteerde in een verschuiving naar

***) Omdat het mogelijk is dat opname in een verpleeghuis en/of psychiatrisch ziekenhuis niet gelijk over de sociale lagen is verdeeld zou de correctie nog beter zijn geweest indien de sterfte in deze zorgvoorzieningen zou zijn toegerekend aan de wijken waar de overledenen uit afkomstig waren. Om privacyredenen beschikken we niet over gegevens om dit uit te voeren.

Het buiten beschouwing laten van de sterfte in verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen zal echter de werkelijkheid beter benaderen dan het toerekenen van de sterfte aan een 'verkeerde' wijk (dat wil zeggen de wijk waar 'toevallig' het verpleeghuis stond waar de persoon overleed).

figuur 3a en b

Samenhang tussen de SMR's van de totale sterfte beneden de 65 jaar (exclusief de sterfte in verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen) en de mate van achterstand van de woongebieden voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1982-1991.



een lagere sociaal-economische status voor de bewoners van Houtwijk. De z-score van de deprivatie-score schoof 0,67 punt op naar rechts (zie de stippellijn in figuur 3, welke loopt van - 0,73 tot - 0,06). Deze nieuwe deprivatie-score zal de werkelijkheid echter ook niet helemaal goed weergeven. Het is immers aannemelijk dat juist diegenen die reeds een betere sociaal-economische positie hadden (vergeleken met het gemiddelde van hun wijk), verhuisden naar een duurdere woning in Houtwijk. Perfectionering van de berekening vereist informatie over de deprivatie-index op individueel niveau, en die hebben we niet ter beschikking. We moeten daarom volstaan met de constatering dat, indien we rekening willen houden met voor de gezondheid belastende condities in het verleden, de sociaal-economische positie van de bevolking van Houtwijk in figuur 1 zeer waarschijnlijk te gunstig was voorgesteld. Naar verwachting bevindt de sociaal-economische positie van de bevolking van Houtwijk zich tussen de gepresenteerde waarden van - 0,73 en - 0,06. In figuur 3b is te zien dat reeds bij een geringe verschuiving naar rechts de betrouwbaarheidsintervallen over de regressielijn vallen en de sterfte in Houtwijk niet meer significant verschillend is ten opzichte van wat op grond van het sociale niveau van het woongebied mocht worden verwacht. Onder mannen leidt de nieuwe berekening tot een

mogelijk lagere sterfte dan de regressielijn (figuur 3a).

Samengevat mogen we stellen, dat het in het eerdere sterfte-onderzoek gehanteerde (hoge) sociale niveau voor Houtwijk een te gunstige verwachting geeft voor het sterfterisico aldaar (3). Veel mensen zijn immers afkomstig uit woongebieden, die merendeels een in sociaal-economisch opzicht ongunstiger karakter dragen. Voor de sterfte onder vrouwen betekent dit dat, wanneer de Houtwijkers nog hun oorspronkelijke deprivatie-score zouden hebben gehad, de sterfte onder hen in mindere mate als verhoogd mag worden gekenmerkt.

Verhuizing en sterfte

Omdat veel mensen in de onderzoeksperiode een recente verhuizing achter de rug hadden is het ook van belang om na te gaan of van het verhuizen, op zichzelf gezien, gevolgen kunnen worden verwacht voor de sterfte. Wat zegt de literatuur over de relatie tussen verhuizing en gezondheid?

Voor ouderen zijn in buitenlands onderzoek duidelijke verbanden gevonden tussen ingrijpende, onvrijwillige verhuizingen en hogere sterftecijfers (9)(10). Ook in het Amsterdamse vergelijkende buurtonderzoek vond men eind jaren zeventig voor alle leef-

tijden een hoger sterfterisico voor diegenen, die minder dan vier jaar geleden waren verhuisd, in vergelijking met diegenen die minimaal tien jaar in dezelfde woning woonden (11).

Wat zit hierachter?

Een verhuizing verstoort de vertrouwde structuur van de dagelijkse bezigheden, vooral wanneer de migratie over enige afstand plaatsvindt. Mensen met een lagere sociale status hebben hier meer last van dan welgestelden (12). Voor mensen die geruime tijd in dezelfde woning en buurt hebben gewoond is het vooral de sociale ontworteling, die maakt dat verhuizen een zogenaamde 'life event' wordt. Men moet zich aanpassen aan tal van nieuwe levenscondities: sociale netwerken, woonsfeer, voorzieningen aanbod, fysieke omgeving. Soms komen daar ook nog nieuwe arbeids- en gezinssituaties (kinderen) bij.

Bij verhuizing gaat men er in het algemeen van uit, dat de stress, die samengaat met de aanpassing aan de nieuwe situatie, van korte duur is (13).

Een vrouw die tegen haar wil mee verhuist met haar man heeft een groter risico op aanpassingsmoeilikheden dan wanneer het *haar* initiatief is (13).

Het minste risico ondergaan diegenen, die vrijwillig verhuizen, waarbij weinig verandering in de omgeving optreedt, die relatief gezond zijn en zich zorgvuldig op de verhuizing hebben kunnen voorbereiden (14).

Ook sociaal isolement, dat een stress bevorderend karakter heeft, wordt relatief meer aangetroffen bij mensen die niet het gevoel hebben 'te wonen tussen mensen van hun eigen slag' (15).

Eventuele ongunstige consequenties van verhuizen - zo leert de bestaande literatuur - zijn dus vooral van psychologische aard. De stress, die er mee samenhangt, heeft een tijdelijke dan wel een langdurige ongunstige invloed op de gezondheid.

Er is dus reden om te veronderstellen dat er ook voor Houtwijk een oorzakelijk verband zou kunnen zijn tussen verhuizing en sterfte. Met het Haagse onderzoeksmateriaal is nagegaan of er een verband bestaat tussen het aantal nieuwgevestigden in een woongebied en de sterfte (***) aldaar. Dit is voor mannen en voor vrouwen afzonderlijk bekeken. Voor zowel mannen als bij vrouwen vonden we een positief verband (correlatiecoëfficiënt ²⁾: mannen 0,58; vrou-

wen 0,65).

Met deze uitkomst moeten we echter voorzichtig zijn. Bij nadere bestudering bleek er namelijk een samenhang te bestaan tussen de mate van sociale achterstand in een woongebied en het aantal verhuizingen, dat van daaruit plaats vond. Teneinde de feitelijke invloed van de verhuizing op de sterfte zuiver te kunnen beoordelen hebben we het effect van de factor sociale achterstand kunstmatig uit de berekeningen verwijderd. Doen we dit dan daalt de partiële correlatiecoëfficiënt ²⁾ bij vrouwen naar 0,37 ($p = 0,05$). Voor vrouwen blijft er dus nog wel degelijk een ongunstig effect van verhuizing op de sterfte over. Bij de mannen vonden we een gering, statistisch niet significant effect van verhuizing op de sterfte (daling van de partiële correlatiecoëfficiënt naar 0,15; $p > 0,05$).

Bespreking

Wat kunnen we nu samenvattend vaststellen na deze uitgebreide zoektocht naar mogelijke verklaringen voor de destijds gevonden hoge sterfte onder vrouwen in Houtwijk?

Ten eerste valt het sterftecijfer in Houtwijk hoog uit door de concentratie van verpleeghuisbedden. Na correctie voor de verpleeghuissterfte daalde de SMR naar een min of meer normaal niveau (SMR van 1,33 naar 1,14). Het meer dan verwachte aantal sterfgevallen wegens kanker, ademhalingsaandoeningen en overige ziekten houdt zeer waarschijnlijk dan ook verband met de in Houtwijk aanwezige verpleeghuissterfte. Deze zijn veel voorkomende doodsoorzaken voor patiënten, die in verpleeghuizen sterven. Ook het feit dat de sterfte het sterkst verhoogd was in de oudste groepen past bij deze verklaring.

Met deze ontdekking kan het verontrustende signaal voor een belangrijk deel worden weerlegd. Behalve

²⁾ Een correlatiecoëfficiënt is een getal dat een waarde van -1 tot +1 kan aannemen, waarbij een negatieve waarde een negatieve samenhang aanduidt en een positieve waarde correspondeert met een positieve samenhang. De waarde nul wijst op het afwezig zijn van samenhang. De associatie is sterker naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter bij -1 en +1 ligt; deze waarden duiden op een perfect verband. Men noemt correlatiecoëfficiënt *partieel* wanneer de invloed van een kenmerk is ontdaan van de invloed van een ander kenmerk.

***) Hiervoor zijn de SMR's gebruikt na aftrek van de sterfte in de verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen.

dit voor Den Haag belangrijke feit is deze ontdekking ook methodologisch van belang. Bij sterftestudies over hele bevolkingen en woongebieden moet men blijikbaar ook beneden de 65 jaar terdege rekening houden met de aanwezigheid van geconcentreerde verpleeghuissterfte in een gebied!

Ten tweede het sociale niveau en de mobiliteit. Een grote diversiteit van individuele constituties, levensgewoonten en omgevingsfactoren werken in de loop van het leven in op de gezondheid. Vanwege de tamelijk gunstige sociaal-economische kwalificaties van recent gevestigden was het gemeten sociale niveau in Houtwijk, vooral gedurende de beginjaren van het onderzoek, hoog.

De nieuwelingen kwamen echter - gemiddeld genomen - uit 'mindere' wijken. Voor de gezondheid ongunstige invloeden en ervaringen zijn niet opeens weg met een verhuizing of recente sociale sprong omhoog. Deze zullen dus ook hebben doorgewerkt op de sterfte onder vrouwen in Houtwijk.

Een hogere sterfte blijft daarom niet minder aandacht vragen, maar krijgt een andere betekenis. Op grond van de bestaande kennis over sterfte en sociale achterstand mag ze als het ware worden verwacht

Met name bij vrouwen lijkt de verhuizing zelf een ongunstig effect te hebben op het sterfteniveau. We hebben bij vrouwen in Den Haag een positieve samenhang tussen de sterfte en de mate van mobiliteit van een gebied gevonden. Bij mannen vonden we dit verband niet duidelijk.

Zijn vrouwen soms afhankelijker van hun dagelijkse leefomgeving en sociale netwerken?

Voor deze hypothese is enige steun te vinden in de resultaten van een negenjarige follow-up studie die Berkman e.a. uitvoerden in de zeventiger jaren in de Verenigde Staten (16). Ze constateerden dat het sterfterisico voor vrouwen hoger was naarmate ze minder over een hecht sociaal netwerk beschikten. Bij mannen werd dit verband niet gevonden.

De GGD heeft de taak om de staat van de volksgezondheid te 'monitoren'. Bij het sterfteonderzoek van enige tijd geleden vonden we een verontrustend

signaal in Houtwijk. Het is evenzeer de taak van de GGD om terdege te onderzoeken of opmerkelijke vondsten wel hecht gefundeerd zijn. Zulks hebben we in deze studie gedaan.

We menen te kunnen concluderen, dat er *niet* kan worden gesproken van een verontrustende sterfte onder vrouwen beneden de 65 jaar in Houtwijk! Gelukkig hoeft - zo blijkt - niet voor iedere geconstateerde buitensporig verhoogd ziekte- en/of sterftecijfer de alarmklok te worden geluid.

Literatuur:

1. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr. 4: 3-16.
2. Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status: een introductie. Burger I, Vroom-Jongerden JM, Middelkoop BJC en Struben HWA. *Epidemiol Bul Grav* 1995, 30 nr. 4: 19-29.
3. Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen? Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996, 31 nr. 1: 19-33.
4. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers: verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 2: 5-11.
5. Bron: Dienst Burgerzaken. Gemeente Den Haag 1987.
6. Een typologie van Haagse woonmilieus. Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling. Gemeente Den Haag, september 1991.
7. Verpleeghuisstatistiek. Bemiddelingsbureau voor verpleeghuizen in 's-Gravenhage e.o.. Den Haag 1992.
8. Mackenbach JP. Ongezonde verschillen; over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum 1994.
9. Bourestom N. Psychological and Physiological Manifestations of Relocation. *Psychiatric Medicine* 1984; 1: 57-90.
10. Danermark BD, Ekström ME, Bodin LL. Effects of Residential Relocation on Mortality and Morbidity among Elderly People. *Eur J Publ Health* 1996; 6: 212-7.
11. Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. Eindrapport. GG en GD Amsterdam e.a., oktober 1980.
12. Gall JC. Welbevinden, attributie en migratie. Proefschrift. Universiteit Leiden 1983.
13. Kohnstamm R. Verhuizen: bestand zijn tegen verandering. *Psychologie* 1996; nr. 5: 38-42.
14. Bourestom N. Psychological and Physiological Manifestations of Relocation. *Psychiatric Medicine* 1984; 2 nr. 1: 57-90.
15. Bootsma-van Laere EMP. Woonomgeving en welbevinden: een samenvattende publicatie van literatuurstudie, van onder meer het NIPG/TNO, over de invloed van de woning en woonsituatie op het lichamelijk en geestelijk welzijn van de bewoners. Centrale Directie van de Volkshuisvesting, afdeling Stedenbouwkundig Onderzoek, maart 1977.
16. Berkman LF, Syme SL. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: a Nine-year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109 nr. 2: 186-204.

Verslavingsproblemen van heroïnegebruikers die op methadon worden ingesteld, Den Haag 1993-1995

P. Meulenbeek

Heroïneverslaafden in Nederland kunnen sinds 1968 methadon krijgen. Naar de vraag welke verslavingsproblemen zich voordoen bij heroïnegebruikers die op methadon worden ingesteld was echter nooit systematisch onderzoek gedaan. Centrum Verslavingszorg Zeestraat deed dat wel gedurende twee jaar. De problemen kunnen in vijf 'leefgebieden' worden ingedeeld. Het onderzoek levert aanbevelingen op om bij alle vijf de terreinen tot verbetering te komen.

Sinds 1968 bestaat in Nederland voor heroïneverslaafden de mogelijkheid om tijdens de afbouwfase van heroïnegebruik methadon verstrekt te krijgen. Methadon is een synthetisch opiaat met een lange werkingsduur en kan door de mond worden ingenomen. In Den Haag biedt Centrum Verslavingszorg Zeestraat een methadonprogramma aan, waarbij de cliënt kan kiezen voor een reductiekuur of voor een onderhoudsdosering van methadon. De verslaafden halen de methadon dagelijks of een paar keer per week bij de methadonbus. (Sinds kort wordt bij wijze van experiment aan een klein aantal verslaafden methadon verstrekt vanuit een wijk- en dienstencentrum.)

Systematisch onderzoek naar de verslavingsproblemen van mensen die op methadon worden ingesteld ontbreekt nagenoeg in Nederland. Informatie hierover is van belang voor een goede hulpverlening en gerichte preventie. Het Centrum Verslavingszorg Zeestraat heeft hiertoe onderzoek verricht onder zijn cliëntenpopulatie. De vraagstelling van dit onderzoek was: wat is de aard en de ernst van de verslavingsproblemen van heroïnegebruikers die zich aanmelden bij het methadonprogramma van Centrum Verslavingszorg Zeestraat.

Methode en onderzoekspopulatie

De onderzoeksgegevens zijn afkomstig uit de Revised Addiction Severity Index (ASI-R), een diagnos-

Over de auteur:

P. Meulenbeek, psycholoog, werkzaam bij het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag.

tisch instrument dat wordt afgenomen tijdens de intake-fase bij elke heroïnegebruiker die zich aanmeldt bij het methadonprogramma van Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag en die wordt ingesteld op methadon. De ASI-R is voor deze doelgroep een betrouwbaar en gevalideerd meetinstrument, waarmee de aard en de ernst van de problematiek op zes met verslaving samenhangende leefgebieden globaal in kaart kunnen worden gebracht (1). Deze leefgebieden zijn:

- lichamelijke gezondheid;
- beroepsmatig functioneren;
- alcohol- en druggebruik;
- justitieel functioneren;
- sociaal functioneren;
- psychiatrische problematiek.

In elk leefgebied worden vragen gesteld over het aantal, de duur en de intensiteit van de problemen, zowel over de voorafgaande jaren als over de laatste dertig dagen voorafgaand aan het interview. Per leefgebied geeft de respondent aan in hoeverre hij/zij behoefte heeft aan hulp en beoordeelt de hulpverlener de ernst van de problematiek volgens een afgesproken schaalindeling ¹⁾. Deze ernstschattingen geven een aanwijzing van de noodzaak van additionele hulp, los van de beschikbaarheid of zelfs het bestaan van dergelijke hulp. De schattingen per leefgebied zijn onafhankelijk van de ernst van de problematiek op andere leefgebieden. Bijvoorbeeld in de leefgebieden buiten dat van 'alcohol- en druggebruik' zijn de problemen niet rechtstreeks het gevolg van alcohol- en druggebruik. De afname van het interview duurt ongeveer dertig à veertig minuten.

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle cliënten die tussen 15 maart 1993 en 15 maart 1995 een intake-gesprek (waaronder de ASI-R) hebben gehad bij het methadonprogramma van Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Bij cliënten die zich binnen een half jaar opnieuw aanmelden vindt geen tweede of volgende

intake-gesprek plaats. Gedurende de onderzoeksperiode hebben 422 intake-gesprekken plaatsgevonden. Met 25 cliënten zijn twee van deze gesprekken gevoerd. Bij hen zijn alleen de resultaten van de eerste gesprekken meegenomen. De onderzoekspopulatie bestaat dus uit 397 personen.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie is 33 jaar; 4% is jonger dan 21 jaar en 11% ouder dan 40 jaar. De vrouwen zijn ver in de minderheid: vier van de vijf cliënten zijn - merendeels ongehuwde - mannen. De groep met een niet-Nederlandse culturele herkomst (28%) is als volgt verdeeld: 13% van de onderzoekspopulatie bestaat uit Surinaamse Hindostanen, 7% uit niet-Hindostaanse Surinamers (vooral Creolen en Javanen), 3% uit Marokkanen en 1% is van Turkse afkomst. De resterende 4% zijn onder andere Oost-Europeaanen.

Resultaten

Achtereenvolgens komen uitkomsten van de verschillende leefgebied-situaties van de cliënten aan de orde. Afsluitend wordt bij elk leefgebied het percentage cliënten genoemd met een indicatie voor behandeling/hulp, zoals de hulpverlener deze op het moment van het intake-gesprek beoordeelt.

Lichamelijke gezondheid

Twee derde van de cliënten is opgenomen geweest in een ziekenhuis voor lichamelijke klachten. Chronische lichamelijke klachten die het leven voortdurend beïnvloeden heeft 29% van de deelnemers. Het half jaar vóór aanmelding is een vierde deel van de onderzoeksgroep onder behandeling geweest van een arts voor lichamelijke klachten. 14% van de respondenten heeft alle dagen van de maand vóór aanmelding lichamelijke klachten gehad. Bij één op de vijf cliënten vindt de hulpverlener medische behandeling geïndiceerd. Die krijgt een indicatiescore van vier of hoger ¹⁾ (zie figuur 1a).

Beroepsmatig functioneren

De meeste cliënten (56%) zijn laag opgeleid (maximaal LBO) of ongeschoold. Als belangrijkste bron van inkomsten gedurende het half jaar voor aanmelding geeft 72% een uitkering aan. Drie van de vier verslaafden heeft schulden (gemiddelde schuld is f 8.783,-). De langste periode dat men aaneengesloten werkloos is geweest is voor de helft van de onderzoeksgroep meer dan zestig maanden.

¹⁾ Indicatiescore voor behandeling/hulp:

0-1: geen of zeer weinig problemen / behandeling (hulp) is niet nodig;

2-3: enige problemen / behandeling (hulp) is waarschijnlijk niet nodig;

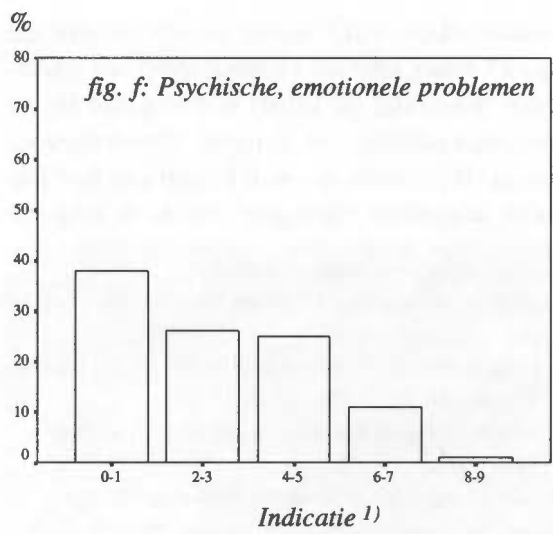
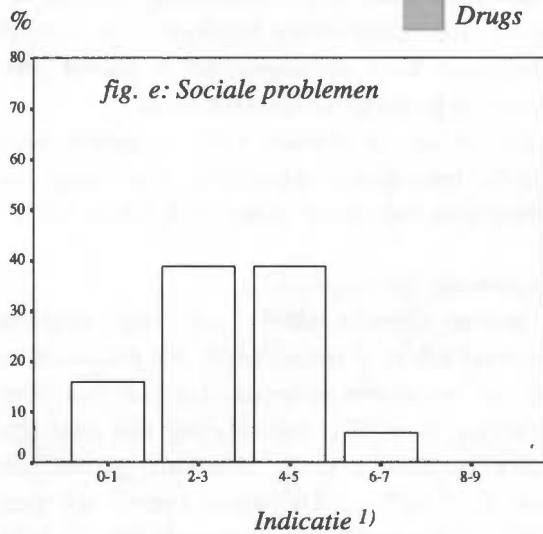
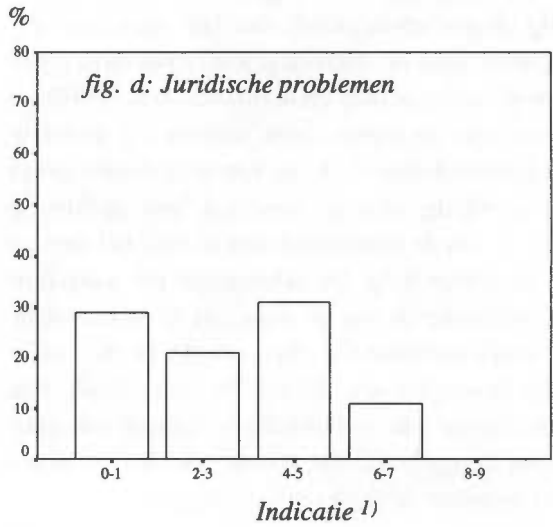
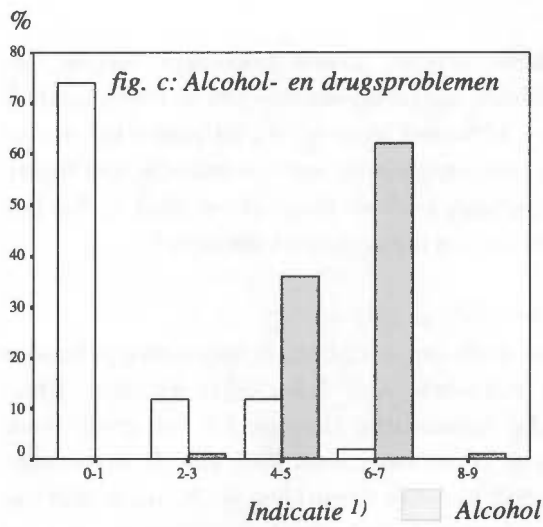
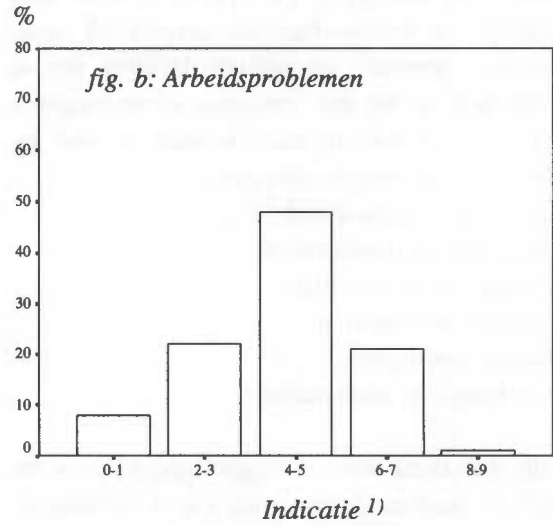
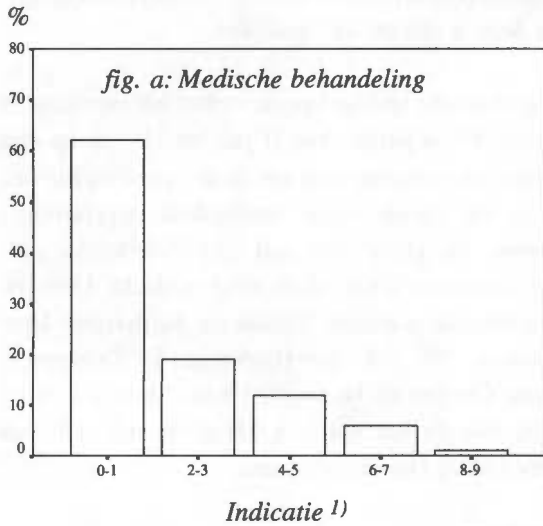
4-5: matige problematiek /enige behandeling (hulp) is geïndiceerd;

6-7: veel problemen / behandeling (hulp) is nodig;

8-9: extreme problematiek / behandeling (hulp) is absoluut noodzakelijk.

figuur 1a t/m f

Percentage cliënten met wel/ geen indicatie¹⁾ voor medische behandeling, voor hulp bij arbeidsproblemen, alcohol- en drugsproblemen, juridische problemen, sociale problemen en psychische, emotionele problemen. Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Den Haag 1993-1995.



Vier vijfde van de cliënten heeft de maand voor aanmelding geen enkele dag werk verricht. Eén op de drie ervaart problemen op het gebied van werk/werkloosheid in de afgelopen maand. Hulp bij deze arbeidsproblemen vindt een kwart belangrijk. De hulpverlener geeft bij bijna drie kwart van de cliënten aan dat hulp bij de arbeidsproblemen is geïndiceerd (figuur 1b).

Alcohol- en druggebruik

De meeste aanmelders voor het programma hebben naast heroïne ook regelmatig (minstens drie dagen per week) methadon (80%), cocaïne (75%) en/of cannabis (70%) gebruikt. 86% is polydruggebruiker en neemt verschillende middelen per dag. In de onderzoeksgroep begint regelmatig cannabisgebruik gemiddeld op 16-jarige leeftijd, heroïne op 22-jarige, cocaïne op 23-jarige en methadon op 24-jarige leeftijd. De gemiddelde duur van dit gebruik is op het moment van aanmelding voor het methadonprogramma respectievelijk tien, acht, vijf en vier jaar. Voor bijna alle cliënten is heroïne het half jaar vóór aanmelding de belangrijkste drug (19% spuit dit middel). Drie kwart gebruikt daarnaast ook cocaïne. Gedurende de maand vóór aanmelding heeft de helft van de cliënten ten minste f 1.700,- aan drugs uitgegeven.

Op de vraag hoe vaak hij/zij de afgelopen drie jaar clean (vrijwillig ten minste drie dagen niet gebruikt) is geweest antwoordt ruim drie kwart met minimaal één keer. 4% van de cliënten heeft wel eens een delirium gehad, en 12% een overdosis.

In veel gevallen hebben de aanmelders eerder aan een methadonprogramma deelgenomen (76%).

De hulpverlener vindt bij vrijwel allen hulp bij de drugproblemen geïndiceerd (figuur 1c). Bij alcoholproblemen ligt dit belangrijk lager (14%).

Justitieel functioneren

Alle cliënten hebben zich vrijwillig aangemeld bij het methadonprogramma. Niemand in de onderzoekspopulatie heeft dus een justitiële verwijzing.

Vanwege vermogensdelicten is drie kwart van de cliënten in aanraking gekomen met politie of justitie. Opgesloten hiervoor is de helft en minimaal een jaar detentie vanwege dit delict geldt voor weer de helft daarvan.

Vanwege bezit of handel in illegale drugs is ruim een derde opgepakt. En eveneens één op de drie cliënten is bestraft vanwege een geweldsdelict. Hiervoor heeft

22% van de cliënten vastgezeten, waarvan de helft minimaal een jaar.

Eén op de tien methadoncliënten is nog nooit in aanraking gekomen met politie of justitie.

Op het moment van aanmelding vindt 30% van de cliënten zijn of haar justitiële problemen ernstig. Hulp daarbij vindt 22% belangrijk.

De hulpverlener acht hulp bij de juridische problemen van de cliënten in 42% van de gevallen geïndiceerd (figuur 1d).

Bij mannen beoordeelt de hulpverlener de justitiële problemen duidelijk ernstiger dan bij vrouwen. Gemiddeld is de indicatiescore voor hulp¹⁾ bij de mannen 3.2 en bij de vrouwen 1.8. Bij autochtonen wordt het belang van hulp hoger ingeschat dan bij de allochtonen: respectievelijk 3.1 en 2.6.

Sociale relaties

De maand vóór aanmelding woont een groot deel van de onderzoeksgroep alleen (38%); 27% woont met partner (en kinderen); 16% woont bij de ouders. Een kleine groep leeft in een sterk wisselende of gecontroleerde omgeving. De meeste ondervraagden blijken regelmatig (ten minste één keer per maand) contact met hun ouders te hebben. Geen contact met de ouders heeft 12%.

Ruim de helft van de cliënten (54%) zegt geen echte goede vrienden te hebben. Velen hebben belangrijke periodes gekend met ernstige problemen met ouder(s), broer(s) of zuster(s) (60%) en/of met de partner (54%). Last van deze problemen heeft één op de vijf deelnemers nog de maand vóór aanmelding. Hulp hiervoor vindt 9% van de cliënten belangrijk.

Het overgrote deel van de aanmelders voor het methadonprogramma (75%) is niet tevreden over de manier waarop ze hun vrije tijd invullen.

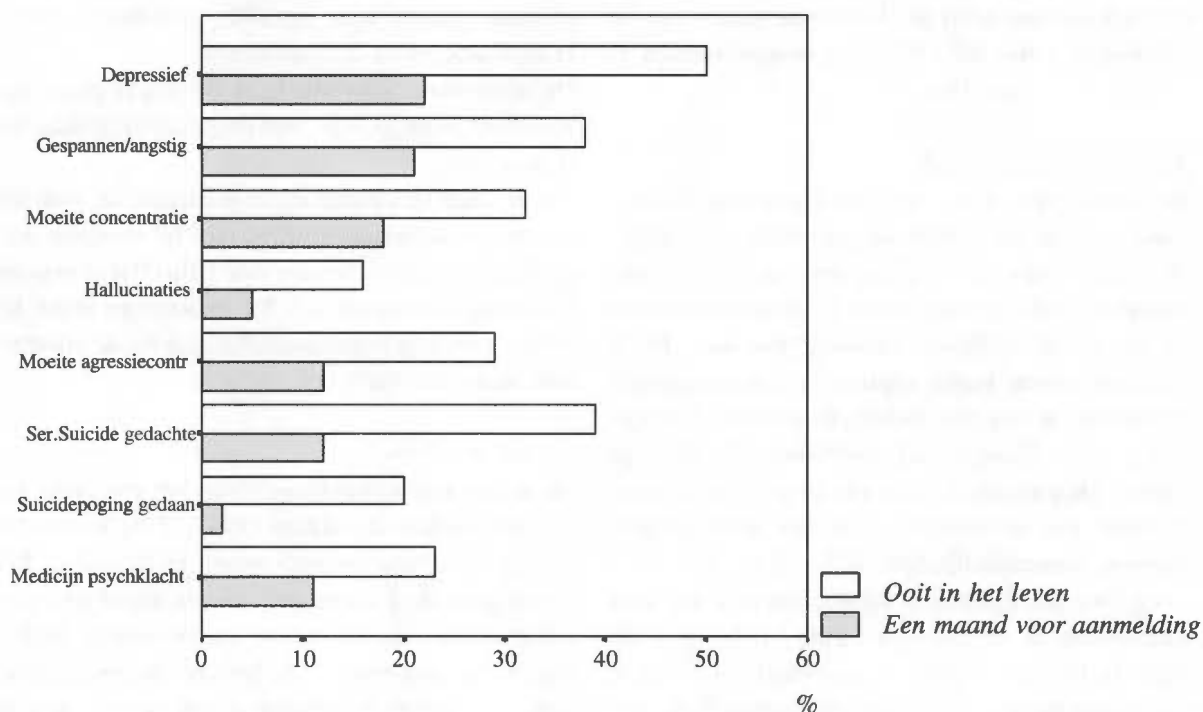
Bij bijna de helft van de cliënten ziet de hulpverlener sociale problemen waarbij hulp geïndiceerd wordt geacht (figuur 1e).

Psychische, emotionele klachten

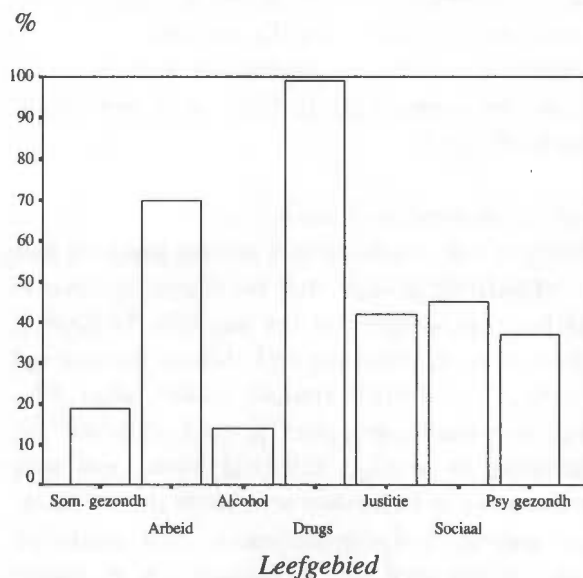
Eén op de vier respondenten is in ieder geval één keer in behandeling geweest voor psychische, emotionele klachten; opgenomen hiervoor was 10%. In figuur 2 kan worden afgelezen dat veel cliënten geruime tijd psychische, emotionele klachten hebben gehad. 50% heeft zich daarbij depressief gevoeld; 38% was erg gespannen of angstig; 32% had moeite met zich concentreren of zich zaken herinneren en 39% leefde met serieuze zelfmoordgedachten. Een belangrijk deel van hen heeft deze belevingen ook de maand

figuur 2

Percentage methadoncliënten dat 'ooit in het leven' en 'de maand voor aanmelding' een periode met psychische, emotionele klachten heeft gehad. Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Den Haag 1993-1995.

**figuur 3**

Percentage methadoncliënten met een indicatie voor behandeling/hulp (minimaal matige problematiek waarvoor enige behandeling/hulp is geïndiceerd) voor de verschillende leefgebieden. Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Den Haag 1993-1995.



vóór aanmelding gehad. Hulp bij deze psychische problemen vindt 23% van de cliënten belangrijk.

Naar het oordeel van de hulpverlener is tijdens het interview 11% van de cliënten teruggetrokken/depressief en heeft 8% moeite met zaken begrijpen, de concentratie en het geheugen.

Voor de psychische, emotionele problemen acht de hulpverlener hulp bij 37% van de geïnterviewden geïndiceerd (figuur 1f).

In vergelijking met de allochtonen is de indicatiescore voor hulp ¹⁾ onder de autochtone cliënten gemiddeld hoger: autochtoon 2.9 en allochtoon 2.0.

Aanmelders voor het methadonprogramma met een indicatie voor hulp volgens de ASI-R bij psychische, emotionele klachten (indicatiescore ¹⁾ van vier of hoger) hebben meer gezondheids-, arbeids-, alcohol- en sociale problemen dan cliënten zonder indicatie voor deze hulp.

Bespreking

Voor een grote groep methadoncliënten, ten minste een derde, geldt dat ten tijde van het intake-gesprek er een indicatie voor hulp bestaat op de ASI-R

leefgebieden 'beroepsmatig functioneren'; 'alcohol- en druggebruik'; 'justitieel functioneren'; 'sociaal functioneren' en 'psychiatrische problematiek' (zie figuur 3). Deze vijf leefgebieden worden hierna besproken, waarbij aanbevelingen worden gegeven ter vermindering van de ervaren problematiek. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat vooruitgang op het ene leefgebied - dit geldt evenzeer voor het leefgebied alcohol- en druggebruik - geen garantie biedt voor verbetering op andere leefgebieden (2).

De kansen op de arbeidsmarkt zijn voor de heroïneverslaafden op het moment van aanmelding klein; ze zijn laaggeschoold en hebben een geringe werkervaring. Het hebben van werk vermindert de kans op een terugval in harddruggebruik (3). Begeleiding bij scholing en het opdoen van werkervaring is daarom belangrijk. Vanwege de hoge schulden en het geringe inkomen zal hulp moeten worden geboden bij het saneren van de schulden.

Het blijkt dat veel cliënten polydruggebruiker zijn. De hulpverlening zal hierop moeten worden afgestemd. Scholing van de behandelmedewerkers en aanpassing van het hulpverleningsaanbod is daarom zeer gewenst. Belangrijk hierbij is het te bedenken dat het deelnemen aan een methadonbehandeling en het voorschrijven van een hoge dosis methadon bijgebruik vermindert en het psycho-sociaal functioneren verbetert (4)(5)(6)(7). Uit een onderzoek van Saxon e.a. blijkt dat een hoge dosis methadon ook het cocaïnegebruik kan doen verminderen (8). Deze onderzoekers stellen verder dat men dit druggebruik kan doen afnemen door groepstherapieën en sancties bij een positieve uitslag op de urinetest.

De meeste deelnemers aan het onderzoek hebben meer dan eens contact gehad met politie en justitie. Deze contacten vloeien vooral voort uit vermogensdelicten, bezit of handel in illegale drugs en/of gewelddelicten. Ook detentie komt vaak voor. Kortom deze groep verslaafden vormt een grote belasting voor het politie- en justitieapparaat. Scholing van politie- en justitiemedewerkers in het contact maken en onderhouden met mensen die (verschillende) drugs gebruiken is daarom zeer aan te bevelen. Daarnaast is het signaleren door politiemensen van druggebruik om spoedige behandeling van drugverslaafden mogelijk te maken uitermate belangrijk om herhaling van delicten te voorkomen. Verslavings-

zorgmedewerkers kunnen daar zowel voor, tijdens als na detentie een belangrijke rol in vervullen. Verder blijkt uit onderzoek van Ball en Ross dat deelnemen aan een methadonprogramma kan leiden tot vermindering van criminele activiteiten (5).

Ook aan een goede vrijetijdsbesteding moet tijdens de behandeling de nodige aandacht worden besteed, gezien de ontevredenheid van de meeste methadoncliënten op dit gebied. Verveling, omgang met druggebruikers en drugs aangeboden krijgen vormen naast negatieve emoties (somberheid, angsten, spanningen) tijdens de afbouwfase van methadon risicofactoren voor terugval (9). Goede ondersteuning en het aanleren van effectieve copingvaardigheden (gedragvaardigheden om problemen op te lossen) kunnen de effectiviteit van de behandeling vergroten (10).

Ook het vroegtijdig herkennen van psychische, emotionele klachten die *niet* direct het gevolg zijn van het druggebruik is een belangrijk aspect van het vergroten van de kans op succes in de behandeling van het verslavingsgedrag (5). Daarom is het zinvol om cliënten met een indicatie voor hulp bij psychische, emotionele klachten een uitgebreidere testdiagnosetek te laten ondergaan, bijvoorbeeld de Composite International Diagnostic Interview, waarmee de psychopathologie in kaart wordt gebracht, en/of een diagnostisch consult bij een psychiater of een psycholoog (11). Door cliënten met psychiatrische klachten meer structuur te bieden tijdens het methadonprogramma kan het effect van de behandeling worden verbeterd (9).

Zoals uit de resultaten van dit onderzoek blijkt gebruiken de meeste cliënten bij aanmelding van het methadonprogramma al jaren (gemiddeld acht jaar) regelmatig heroïne, vaak gecombineerd met één of meer andere drugs (voornamelijk cocaïne en cannabis). Met druggebruik wordt al gestart in de adolescentieperiode. Voor menig methadoncliënt zal druggebruik een levensstijl (waarden, normen, gewoonten, gedrag, vrienden, enzovoort) met zich mee hebben gebracht die moeilijk kan worden bijgestuurd. Het is daarom belangrijk er rekening mee te houden dat een behandeling jaren kan duren, met (vaak) onvermijdelijke terugval (5). Een duidelijk behandelbeleid (gericht op rehabilitatie en langdurende behandeling), frequente (behandel)contacten en goede medische ondersteuning kunnen het resultaat van een methadonprogramma verbeteren.

Uitbreiding van dit onderzoek met de cliënten die zich na de onderzoeksperiode hebben aangemeld - en dan vooral in de vorm van een doorlopend onderzoek - kan belangrijke veranderingen in de verslavingsproblemen vroegtijdig aan het licht brengen zodat de hulp hierop kan worden afgestemd. Door regelmatig een follow-up van de ASI-R bij de methadoncliënten af te nemen kan inzicht worden verkregen in de doeltreffendheid van de methadonbehandeling zodat waar nodig de behandeling kan worden aangepast.

Literatuur:

1. Hendriks VM, Kaplan CD, Limbeek J van, Geelings P. The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch Addict Population. *J Substance Abuse Treatment* 1989; 6: 133-141.
2. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J e.a. New Data from the Addiction Severity Index. *J Nervous Mental Disease* 1985; 173: 412-23.
3. Cushman P. Detoxification of Rehabilitated Methadone Patients: Frequency and Predictors of Long-term Success. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1974; 1: 393-408.
4. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA en Bigelow GE. Methadone Dose and Treatment Outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 1993; 33: 105-177.
5. Ball JC, Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag 1991.
6. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA en Bigelow GE. Outcome after Methadone Treatment: Influence of Prior Treatment Factors and Current Treatment Status. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 35: 223-230.
7. Gottheil E, Sterling RC en Weinstein SP. Diminished Illicit Drug Use as a Consequence of Long-term Methadone Maintenance. *J Addictive Diseases* 1993; 12: 45-57.
8. Saxon AJ, Wells EA, Fleming C e.a. Pretreatment Characteristics, Program Philosophy en Level of Ancillary Services as Predictors of Methadone Maintenance Treatment Outcome. *Addiction* 1996; 91: 1197-1209.
9. Unnithan S, Gossop M en Strang J. Factors Associated with Relapse among Opiate Addicts in an Out-patient Detoxification Programme. *B J Psychiatry* 1992; 161: 654-7.
10. Klingemann HKH. Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem use of Alcohol and Heroin in Switzerland. *Int J Addictions* 1992; 27: 1359-88.
11. Robins LN, Wittchen HU, 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.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Infectieziekten in Nederland

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft 7 april uitgeroepen tot Wereldgezondheidsdag Infectieziekten. Op die dag heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst, de Tweede Kamer de beleidsnota Infectieziekten aangeboden. Als voorbereiding op de nota is door het RIVM een rapport gemaakt 'Infectieziekten in Nederland' met een korte beschrijving van de stand van zaken met betrekking tot epidemiologie, diagnostiek en bestrijding van infectieziekten. Infectieziekten spelen een belangrijke rol omdat ze een groot deel van de bevolking treffen. Voorbeelden zijn luchtweginfecties en maag-darminfecties. Zorglast, ziektelast en daarmee gepaard gaande kosten zijn aanzienlijk. Wereldwijd gesproken zijn infectieziekten in 33% van de gevallen doodsoorzaak. In geïndustrialiseerde landen worden infectieziekten slechts in 10% van de gevallen als doodsoorzaak genoemd. In tegenstelling tot de situatie in veel Derde-Wereldlanden zijn infectieziekten hier veel meer 'onder controle'. Dit is te danken aan de vele

continue bestrijdingsinspanningen, zoals het Rijksvaccinatieprogramma, de voorlichting over veilig vrijen, de goede hygiëne bij de voedselbereiding, de integrale ketenbewaking bij de voedselproductie en een strikt antibioticabeleid. Het rapport noemt ook recente voorbeelden uit Rusland (difterie) en de Verenigde Staten (tuberculose), waaruit blijkt dat bij afname van de inspanningen het aantal infectieziektengevallen direct weer toeneemt. Nog steeds worden nieuwe infectieziekten ontdekt. Gezien de factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van nieuwe infectieziekten (verandering seksuele gewoonten, migratie, verandering micro-organismen, toename handels- en reizigersverkeer, grootschalige voedselbereiding, landbouw, ont- en bebossing) kan in de nabije toekomst zeker geen vermindering van infectieziekten worden verwacht. Van een aantal vastgestelde infectieziekten geven de behandelende artsen aan de GGD'en door of gevallen van deze ziekten zijn gesignaleerd. Het RIVM verzorgt in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de bundeling van de registratie van de aangifteplichtige infectieziekten in Nederland. Dankzij de centrale registratie kan de Inspectie de vinger aan de pols houden bij de bewaking en de bestrijding van infectieziekten.

Hiervoor is speciaal een 'infectieziektenbarometer' ontwikkeld waardoor het mogelijk is in één oogopslag de situatie te beoordelen. De gegevens zijn vanaf heden te raadplegen via internet op de RIVM-internet site. De zogenaamde ISIS-pagina (afgeleid van Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem) wordt dagelijks ververst. Het RIVM heeft de Infectieziektenbarometer op Internet geplaatst op URL: <http://www.isis.rivm.nl>.

Nadere informatie: RIVM, afd. Voorlichting, tel. 030 - 274 25 60 / 30 05; fax 030 - 274 44 41.

Bestellen van rapport: SDU, tel. 070 - 378 98 80; fax 070 - 378 97 83.

Start Helpdesk Regionale GGZ

Eind april is de Helpdesk Regionale GGZ van het Trimbos-instituut, een nieuwe landelijke databank voor de GGZ, van start gegaan.

De Helpdesk geeft informatie over de meest recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. De Helpdesk biedt een overzicht van wat er zich op regionaal niveau afspeelt en kan gebruikers doorverwijzen wanneer specifieke informatie wordt gevraagd. Daarnaast heeft de Helpdesk Regionale GGZ een signaleringsfunctie.

De Helpdesk is van oorsprong een

initiatief van het Landelijk Overleg Zorgvernieuwing, een platform van zorgvernieuwers binnen de GGZ dat de informatie-uitwisseling tussen de verschillende regio's wil verbeteren.

Met een startsubsidie van het ministerie van VWS gaat de Helpdesk nu in deze behoefte voorzien. Voor het up-to-date houden van de informatie beschikt de Helpdesk per regio over een contactpersoon. Er zijn vooralsnog geen kosten verbonden aan de verzoeken om informatie.

De Helpdesk is bereikbaar op werkdagen van 8.30-16.30 uur, met uitzondering van woensdag en vrijdagmiddag.

Helpdesk Regionale GGZ: tel. 030 - 297 11 41.

Voorlichting

'Hasj en wiet; wanneer wel of niet'

Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag heeft een voorlichtingsstrip uitgebracht die speciaal is gemaakt om jeugd en jongeren op een voor hen aansprekende manier te wijzen op de risico's van het gebruik van hasj en wiet.

De strip is ontwikkeld door de sector Preventie van Centrum Zeestraat. Met de Vereniging Haagse Cannabis Shops zijn door het centrum afspraken gemaakt over de verspreiding van de strip door alle Haagse coffeeshops.

Tevens zal Centrum Zeestraat de strip aanbieden aan alle verslavingszorginstellingen in Neder-



(Omslag voorlichtingsstrip / tekening: Marnix Rueb)

land met een voorlichtingsafdeling.

In de strip wordt aan consumenten van cannabis informatie gegeven over de uitwerking van cannabis. Ook zijn in de strip tips opgenomen voor een verstandig gebruik van cannabis. Met behulp van een test kunnen lezers van de strip het eigen cannabisgebruik en de risico's daarvan inschatten.

De strip is getekend door Marnix Rueb, de bekende tekenaar van de strip 'Haagse Harry'. Voor deze tekenaar is gekozen vanwege de aansprekende manier waarop hij preventieboodschappen op het vlak van verslaving voor jongeren kan verpakken. Over problemen met gokken maakte Marnix Rueb voor de sector Preventie van Centrum Zeestraat eerder de gokstrip 'Rolberoerte'.

De strip 'Hasj en wiet; wanneer wel of niet' kan worden besteld bij Centrum Verslavingszorg Zeestraat, sector Preventie, tel. 070 - 352 21 71.

Mantelzorg

Haagse Gids voor Mantelzorgers

Dit jaar verscheen de tweede uitgave van de Haagse Gids voor Mantelzorgers: 'Thuis zorgen

voor een zieke, gehandicapte of oudere; waar kunt u in Den Haag terecht voor hulp en informatie?'

Deze nieuwe uitgave is dankzij de inspanningen van het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) en de Dienst OCW, GGD/afdeling GVO van de gemeente Den Haag geactualiseerd en op een aantal punten herzien.

Volgens recent onderzoek zijn er in Nederland 1,3 miljoen mensen die thuis voor iemand zorgen, de 'mantelzorgers'. Soms kan die zorg echter wat te veel voor hen worden. Vooral als de zorg langere tijd duurt. Voor de mantelzorgers kunnen zich dan allerlei vragen en problemen voordoen, zoals:

- Hoe krijg ik wat tijd voor mezelf?
- Zijn er anderen met wie ik kan praten over de manier waarop zij de dingen oplossen?
- Kom ik in aanmerking voor reiskostenvergoeding?
- Kunnen de drempels worden verwijderd voor de rolstoel?

Deze gids maakt de mantelzorgers wegwijs in de wirwar van instanties en regelingen waarop aanspraak kan worden gemaakt. Het gaat in de gids uitsluitend om instanties die zorg bieden aan mensen die thuis wonen.

De gids is in Den Haag verkrijgbaar bij de volgende instanties:

Thuiszorg Den Haag, tel. 070 - 342 95 00, Informatiecentrum Raad Welzijn Gehandicapten, tel. 070 - 359 33 81, Centraal Informatie Punt Ouderen (CIPO), tel. 070 - 364 38 18, Dienst OCW, GGD, afdeling GVO, tel. 070 - 353 72 60 en het Gemeentelijk Informatiecentrum in het stadhuis aan het Spui in Den Haag.

Meldpunt Mantelzorgers van het CIPO

Op 15 mei opende de wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie, drs. J.J. Luijten, het Meldpunt Mantelzorgers van CIPO (Centraal Informatie Punt Ouderen).

Het Meldpunt Mantelzorgers in Den Haag is een initiatief van het Platform Mantelzorg, waarin de gemeente Den Haag en diverse professionele en vrijwilligersorganisaties samenwerken.

Onder het motto 'U zorgt voor een ander, wie zorgt er voor U?' brengt CIPO mantelzorgers in contact met mensen en organisaties die hen kunnen ontlasten en ondersteunen.

Het Meldpunt Mantelzorgers is bereikbaar bij de CIPO-informatiebalie in het Atrium van het stadhuis, Spui 70, Den Haag, tel. 070 - 364 38 18. Openingstijden van de balie: maandag t/m donderdag van 9-17 uur en vrijdag van 9-13 uur.

Handboek 'GGD wijzer met kinderen 0-4 jaar'

In het kader van het 'beleidskader 0-6 jarigen' heeft GVO Den Haag het landelijk ontwikkelde handboek 'GGD wijzer met kinderen

0-4 jaar' aangepast aan de Haagse situatie.

Het handboek is een losbladig systeem met informatie in brede zin over de gezondheid van het jonge kind. Het handboek is bedoeld voor medewerkers van de peuterspeelzalen om in hun dagelijks werk informatie over een breed scala aan gezondheidsonderwerpen binnen handbereik te hebben. Dit handboek wordt per DWO-gebied gepresenteerd aan de peuterspeelzalen, de consultatiebureaus, de leden van de werkgroepen 0-6 jarigen en de netwerken 0-12. Deze presentaties hebben tevens tot doel de samenwerking tussen bovengenoemde organisaties te verstevigen. Dit is een actiepoint van het 'beleidskader 0-6 jarigen' van de gemeente Den Haag.

Tijdens de presentatie in de DWO-gebieden Centrum/Schilderswijk op 22 mei 1997 ontving de wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie, drs. J.J. Luijten, het eerste exemplaar van het Haagse handboek.

De gemeente Den Haag biedt alle peuterspeelzalen en consultatiebureaus een handboek aan. Het handboek is voor andere Haagse instellingen te koop voor f. 50,- (excl. BTW en porto) bij de Dienst OCW, GGD/afdeling GVO, tel. 070 - 353 72 66.

Aangifte infectieziekten

Door omstandigheden kan het overzicht van de aangifte infectieziekten deze keer niet worden geplaatst. In het volgende nummer

zullen we daarom zowel het eerste als het tweede kwartaal van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer) publiceren.

Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. N. Goedee;
H.T.A. Lucas.