



# *epidemiologisch bulletin*

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

*De zin van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker  
Scheiden van wonen en zorg  
'Feestmaand' op de afdeling Spoedeisende Hulp  
Suikerziekte bij Hindostanen*

*epidemiologie*

*Haagse harddruggebruikers en het bereik van verslavingszorg en politie*

*korte berichten*

*jaargang 33, 1998  
nummer 1*

# Colofon

Maart 1998

33ste jaargang nr. 1

## Redactie

mw. I. Burger, *GGD Den Haag*

R.H. Jamin, *huisarts in Den Haag*

mw. C.J. Kruijthof, *Medisch Centrum*

*Haaglanden, locatie Westeinde ziekenhuis*

mw. F.L. van Leeuwen, *arts,*

*Stichting Thuiszorg Den Haag*

mr. H.R. Lingen, *Dienst OCW Den Haag*

mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*

B.J.C. Middelkoop, *arts, GGD Den Haag*

dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),

*Dienst OCW 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. drs. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en drs. 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, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk *in overleg met de redactie*. De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

## Inhoud

---

### Volksgezondheid

- Hoe zinvol is het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Den Haag? Een belichting vanuit public health-optiek en een belichting vanuit de huisartspraktijk  
*H.G.J. Nijhuis en R.H. Jamin* 1
- Scheiden van wonen en zorg in Maison Gaspard de Coligny  
*J. van Vliet* 9
- 'Feestmaand' december  
Impressies van een hulpverlener  
*Mw. J. Renzenbrink* 15
- Suikerziekte bij Hindostanen  
De stand van zaken III  
*B.J.C. Middelkoop en Mw. F.L. van Leeuwen* 18

### Epidemiologie

- Haagse harddruggebruikers en het bereik van verslavingszorg en politie  
*Onderzoekscommissie MORE* 20

### Korte berichten

30

# Hoe zinvol is het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Den Haag?

*Een belichting vanuit public health-optiek*

*H.G.J. Nijhuis*

**Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (bobjmhk) in Den Haag 'loopt naar verwachting', zo werd in het vorige Bulletin geconcludeerd. Maar wat wil dat precies zeggen als nader wordt gekeken naar een weging van baten en lasten? De kosten bedragen aanzienlijk meer dan jaarlijks zo'n 350.000 gulden, terwijl het nut niet vaststaat in termen van rationeel wetenschappelijke argumenten. Een normatief patroon in de zorg heeft er blijkbaar toe geleid dat dit onderzoek als een verworven recht voor de vrouw wordt gezien. Voor echt 'redelijke keuzen' in de zorg op grond van objectieve en normatieve argumenten vanuit verschillende invalshoeken zouden betrokken partijen als aanbieders, financiers en gebruikers er goed aan doen geregeld met elkaar om de tafel te gaan zitten.**

In het vorige bulletin stond een beschrijving van de opbouw, de werking en enkele uitkomsten van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (bobjmhk) in Den Haag voor het jaar 1996 (1).

Het artikel werd afgesloten met de conclusie, dat dit preventieve programma 'naar verwachting loopt'. Deze stelling verwees naar de gepresenteerde informatie, die met name een beeld gaf over de werking van het programma in termen van coördinatieprocessen, responscijfers, verrichtingen en screeningsuitslagen. In het artikel kwamen geen informatie en afwegingen aan de orde over de omvang en de aard van het gezondheidsprobleem ('de lasten'), waarop het bobjmhk is gericht. Ook vielen er op basis van de gepresenteerde cijfers geen conclusies te verbinden aan de uiteindelijke effecten ('de baten') ervan op het volksgezondheidsprobleem van baarmoederhalskanker.

Landelijk, maar ook internationaal, is de discussie over de lasten-baten-verhouding van bobjmhk's nog volop gaande (2)(3)(4)(5). De voorstanders wijzen op de relatieve eenvoud, de beperkte financiële kosten per uitstrijk en het recht dat vrouwen hebben op een actieve secundair preventieve benadering (vroegdiagnostiek) van dit kankerprobleem. Critici wijzen op de geringe omvang van de problematiek op bevolkingsniveau, op de beperkte effecten van dit preventieve programma, op de relatief hoge kosten per gewonnen levensjaar en de nadelige bijwerkingen van de beoordelingsfouten, die nu eenmaal in een dergelijk bevolkingsonderzoek worden gemaakt.

De discussie gaat in feite over een zeer complexe realiteit van public health. Aan de lastenkant moeten

---

*Over de auteur:  
Dr. H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, Bureau Public Health i.o., Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.*

de totale omvang en aard van het ziekteleed onder de bevolking zelf worden geboekt, dat wil zeggen de ernst, de duur en de afloop (in het ergste geval de dood). Aan deze kant behoren ook de humane en sociale lasten, alsook de financiële kosten, die samengaan met de medische diagnostiek en behandeling van deze aandoening. Daarnaast staan hierbij uiteraard de financiële kosten en de nadelige bijwerkingen van het bobmhk zelf genoteerd.

Aan de batenkant treffen we de reductie aan, die wordt behaald op de problematiek van dit onderdeel van volksgezondheid in al haar aspecten, en ook de reductie die kan worden behaald op de kosten van de medische behandeling van anders niet ontdekte gevallen.

Het toerekenen van eventuele reducties aan het bobmhk wordt daarbij gecompliceerd door niet goed in beeld te brengen effecten van screenings op eigen initiatief ('opportunistische') en van behandelingen op basis van verschijnselen ('op indicatie').

In deze belichting van het bobmhk in Den Haag wordt een bijdrage geleverd aan de discussie over de redelijkheid van de uitvoering van het bobmhk, met andere woorden over het nut en de wenselijkheid ervan voor de Haagse bevolking.

Omdat de hiernavolgende analyse observationeel is, dat wil zeggen is gebaseerd op gegevens die niet in het kader van een onderzoek zijn verzameld (met de nodige beperkingen van dien), is het onmogelijk om verregaande, laat staan definitieve conclusies te trekken.

### ***De problematiek van baarmoederhalskanker ('de lasten')***

#### *Incidentie en prevalentie*

De ziektecijfers over baarmoederhalskanker geven informatie over de omvang van deze problematiek onder de bevolking. Het gemiddelde aantal nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker bedraagt in Den Haag rondom de 33 per jaar. De incidentie is gemiddeld 13,9 gevallen per 100.000 vrouwen per jaar (met andere woorden een vrouw per zes huisartspraktijken per jaar) (6). Dit cijfer geeft aan wat de 'ontwikkelingssnelheid' van de ziekte in de bevolking is en ook wat de kans is voor een vrouw - ongecorrigeerd voor leeftijd - om de ziekte te krijgen. Evenals in de regio en de rest van Nederland blijkt dit incidentieniveau over de laatste jaren vrij constant. Maar het is een bekend gegeven dat in

Nederland na 1965 gedurende een periode sprake is geweest van een afname van de incidentie (7).

Vergeleken met de regio Haaglanden (9,3 per 100.000) en het land (9,6 per 100.000) is de incidentie van nieuwe gevallen in Den Haag hoog. Het hoge niveau in Den Haag moet volgens de hedendaagse inzichten worden toegeschreven aan typisch grootstedelijke, risicovolle patronen van (seksueel) gedrag en, daarmee samenhangend, de aanwezigheid van Human Papilloma Virus-infecties (2).

Op dit moment wordt veel onderzoek verricht naar de invloed van deze sociale en biologische risicofactoren bij het ontstaan van de ziekte. Het spreekt vanzelf dat hier interessante, nieuwe preventieve mogelijkheden liggen om baarmoederhalskanker terug te dringen.

Ziektecijfers die goede informatie verschaffen over de ernst en de duur van ziekteperiodes zijn voor Den Haag niet zomaar te geven. Wel valt er op basis van landelijke schattingen wat op te merken over de prevalentie, dat wil zeggen het voorkomen van het aantal patiënten met baarmoederhalskanker op een bepaald moment. Omgerekend uit landelijke schattingen zou het aantal patiënten dat gemiddeld aanwezig is in Den Haag tussen de 250 en 300 liggen (5).

#### *Sterftecijfers*

Sterftecijfers geven uiteraard maar een facet te zien van de omvang en de aard van de ziekteproblematiek. Niettemin bieden ze goed materiaal om vergelijkingen te maken tussen bijvoorbeeld groepen vrouwen of regio's. Bij gebrek aan zuivere ziektecijfers wordt voor de beoordeling van het effect van screeningsprogramma's hier ook meestal gebruik van gemaakt.

In Den Haag sterven, gemeten over recente jaren, gemiddeld 16 vrouwen per jaar aan baarmoederhalskanker (8). In Nederland is dit gemiddeld 287 per jaar (8). Vanaf 1986 valt in Den Haag een daling waar te nemen van het aantal sterftegevallen van rond de twintig tot rond de tien.

Per 100.000 vrouwen sterven per jaar in Den Haag 7 vrouwen. Voor Nederland ligt dit cijfer op 3,8 per 100.000 (8). Deze sterftecijfers zijn volledig in overeenstemming met de stelling, dat de problematiek van baarmoederhalskanker in grote steden als Den Haag omvangrijker is dan in de kleine stad en op het platteland.

Om de cijfers over de omvang van baarmoederhalskankerproblematiek te kunnen beoordelen is een vergelijking nodig met andere aandoeningen. Zo sterven er in Den Haag gemiddeld over de afgelopen jaren 16 vrouwen per jaar aan baarmoederhalskanker, 75 aan longkanker, 666 aan alle kankers tezamen en 1.187 aan hart- en vaatziekten. Het is duidelijk dat baarmoederhalskanker, vergeleken met andere ziektes, geen belangrijke doodsoorzaak kan worden genoemd.

#### *Financiële lasten*

Over de financiële kosten die verbonden zijn aan de medische behandeling van en de zorg voor de 33 nieuwe en de 250 tot 300 bestaande patiënten in Den Haag valt geen informatie te geven, ook niet via berekeningen op basis van elders beschikbare gegevens. In de afwegingen, die de grondslag vormen voor de keuze om het bobmhk wel dan niet uit te voeren, verdienen deze wel degelijk een plaats. In de praktijk spelen ze echter niet of nauwelijks een rol.

#### *De uitkomsten van het bobmhk ('de baten')*

##### *Respons*

De uitkomsten van het bobmhk in Den Haag kunnen op verschillende niveaus worden benaderd. In het eerder gerefereerde artikel van Bongers en Van der Hoek werden een analyse van en een oordeel gegeven over het niveau van de structuur en de werking van het bevolkingsonderzoek zelf. Zo werd vastgesteld dat van de 39.490 vrouwen, die werden opgeroepen, er 15.569 (39,5%) werden onderzocht (1). Dit responscijfer is laag. De regio Noordelijk Zuid-Holland kende bijvoorbeeld een opkomstpercentage van 56,9%. Den Haag loopt in dit opzicht achter, onder andere vanwege typische kenmerken van het gezondheidsgedrag van vrouwen die sociaal-economisch en cultureel gezien in kansarme posities verkeren. Men gaat er in het algemeen van uit dat na verloop van tijd voor het bobmhk een opkomst van 60% haalbaar is (2)(5). Modellen en berekeningen die worden gemaakt om de uiteindelijke effecten van het bobmhk te begroten, gaan daarom van dit streefpercentage uit.

##### *Uitslagen*

De positieve uitslagen die worden opgespoord in het bobmhk, zijn als het ware de productie van het programma. Bij de uitslagen PAP 3A tot en met 5 spreekt men van een positieve uitslag en is extra

aandacht van verschillende aard op zijn plaats.

Er werden in 1996 in Den Haag 208 (1,4% van de 15.569) uitstrijkjes met de beoordeling 3A en 3B gevonden. In deze gevallen wordt het uitstrijken (na drie maanden dan wel onmiddellijk) herhaald om te bezien of verdere diagnostiek nodig is. Verder werden vijftien uitslagen PAP 4 en PAP 5 (1%) opgespoord. Vrouwen met deze 'ernstigste' uitslagen worden onmiddellijk doorgestuurd naar de gynaecoloog voor nadere weefseldiagnostiek.

Cijfers over wat er precies terecht komt van al deze positieve 'gevallen' over 1996 zijn (nog) niet voorhanden. Het overgrote deel zal na herhalingsuitstrijken en verdere diagnostiek uiteindelijk toch geen baarmoederhalskanker blijken te zijn. Een positieve uitslag kan te maken hebben met andere aandoeningen, er kunnen beoordelingsfouten in het spel zijn en een beginnende weefselonrust kan ook weer terugtreden.

In die gevallen waarbij uiteindelijk wel van baarmoederhalskanker kan worden gesproken, zal het door het bobmhk vervroegde moment van diagnostiek zeker een gunstig effect hebben op de incidentie, het ziekteverloop en de sterfte aan de ziekte. Hoe groot dit effect is in verhouding tot de totale problematiek van baarmoederhalskanker kan echter op basis van de beschikbare informatie niet worden begroot.

#### *De 'lasten'-'baten'-verhouding*

##### *Effecten*

Het blijkt niet mogelijk om een directe relatie te leggen tussen het aantal ontdekte positieve uitslagen (de productie) in het bevolkingsonderzoek in Den Haag en een eventuele reductie van de problematiek van baarmoederhalskanker onder de bevolking. Het leggen van een oorzakelijke relatie met een eventuele daling van het aantal ziekte- of sterftegevallen is niet zonder meer mogelijk.

De incidentiecijfers (ontstaanscijfers) zouden moeten dalen. Maar ze worden ook beïnvloed door tal van andere, steeds veranderende (risico)factoren, waarvan de effecten niet geheel duidelijk zijn. Ziektecijfers, die meer kunnen zeggen over de effecten op het ziekteverloop, zijn voor Den Haag niet beschikbaar. De sterftcijfers lijken weliswaar te dalen over de afgelopen tien jaar, maar deze daling kan niet zonder meer in verband worden gebracht met de 'werking' van het bobmhk in Den Haag. Het bobmhk werd in

Den Haag vanaf de jaren tachtig in de vorm van verschillende programmatische en financiële varianten geleidelijk aan geïntroduceerd. Bovendien spelen allerlei niet goed in beeld te brengen effecten van het verloop van de opportunistische uitstrijken en van de uitstrijken op medische indicatie. Belangrijker is waarschijnlijk nog dat er voortdurend wiselingen in het ontstaan van de problematiek (seksueel gedrag, Human Papilloma Virus-infecties, enzovoort) wat de ziekte- en op den duur ook de sterftcijfers beïnvloedt (2)(5).

Voor cijfermatige informatie over de effecten van het bobmhc op de volksgezondheid moeten we onze toevlucht nemen tot inzichten afkomstig uit gerichte wetenschappelijke onderzoeken elders. In ons land gaat men ervan uit, dat het op den duur mogelijk is om door toedoen van het bobmhc een sterftereductie van 50% te bereiken. Men schat dat *op dit moment* - met name vanwege de geringe opkomst - slechts een reductie op de sterfte wordt bereikt van rond de 30% (5).

In Den Haag zou de winst in verband met de typische grootstedelijke omstandigheden in ieder geval lager uitpakken dan het verwachte landelijke gemiddelde. Zou voor Den Haag de winst op dit moment op 25% reductie liggen, dan zou in de toekomst een winst van 25% sterftereductie kunnen worden behaald. De zestien sterftegevallen aan baarmoederhalskanker zouden met andere woorden met vier à vijf kunnen worden verminderd door toedoen van het bobmhc.

Overigens valt met behulp van deze reductiepercentages ook het sterfteaantal te begroten, dat aan de orde zou zijn indien er *geen* bobmhc in Den Haag zou zijn geweest. Dit zou immers als we de veronderstelde huidige reductie van 25% erbij tellen uitkomen op twintig sterftegevallen per jaar.

#### *Kosten*

Voor een volledig beeld over de verhouding tussen de lasten en de baten van het bobmhc moeten uiteraard ook de kosten verbonden aan dit programma worden toegevoegd. Deze zouden immers ook kunnen worden ingezet voor andere doeleinden van volksgezondheid.

De directe kosten van het bobmhc in Den Haag bedroegen over 1996 f 346.727,- (9). In dit bedrag zijn nog niet meegenomen de indirecte kosten samenhangend met bijvoorbeeld de aanloopinvesteringen van de huisarts (zie de bijdrage van huisarts Jamin) en met nadere diagnostiek door gynaecoloog

en patholoog. Met een dus aanzienlijk hoger bedrag was het mogelijk, 223 positieve uitslagen te ontdekken. Dit komt neer op een bedrag van aanzienlijk meer dan f 1.555,- per positieve uitslag. Wat deze indirecte effectmaat oplevert aan vroeger ge-diagnosticeerde gevallen en reductie van problematiek kan - zoals opgemerkt - niet worden becijferd. Het is duidelijk dat slechts een klein deel van deze 'verdachte' uitslagen uiteindelijk kanker blijkt te zijn.

Op basis van studies elders gaat men er voor ons land van uit, dat met het bobmhc in de huidige opzet met ieder gewonnen levensjaar f 28.000,- aan screeningskosten zijn gemoeid (5). Gezien de bijkomende aanloopinvesteringen, de diagnostische kosten en de moeilijkheidsgraad van de grote stad zal dit bedrag voor Den Haag hoger uitpakken.

Vergeleken met het bevolkingsonderzoek op borstkanker (f 8.000,- screeningskosten per gewonnen levensjaar) zijn de kosten voor een gewonnen levensjaar voor het bobmhc relatief hoog (3). Critici vinden dan ook dat de kosten omlaag zouden moeten. Ook dient te worden overwogen of het bobmhc zou moeten worden gericht op risicogroepen met een hoog voorkomen van de aandoening; hiervan kan een hoger rendement worden verwacht.

In dezelfde kritische context wordt daarnaast met nadruk gewezen op de nadelige bijeffecten van het bobmhc voor de deelnemende vrouwen. Er worden de laatste jaren steeds meer vrouwen verwezen voor vervolgonderzoek (5). Dit betekent dat het percentage fout-positieve uitslagen (wel positieve uitslag, maar niets aan de hand) met alle ellende van dien ook toeneemt. Ook het probleem van de fout-negatieven (negatieve uitslag, maar wel wat aan de hand) speelt het bobmhc parten.

#### *De 'redelijkheid' van het bobmhc*

Het bobmhc is een medisch preventieve voorziening, die in Den Haag vanaf de jaren tachtig is aangeboden aan wisselende leeftijdsgroepen vrouwen. De directe kosten van deze medische voorziening bedragen f 346.727,-. Daarboven komen een niet nader te begroten bedrag aan kosten voor diagnostisch vervolgonderzoek en de inzet van een hoeveelheid eveneens niet nader in beeld te brengen werkzaamheden van diverse betrokkenen.

Landelijk en regionaal zijn in de afgelopen jaren keuzes gemaakt om dit geld en deze inspanningen in te zetten om de problematiek van baarmoeder-

halskanker terug te dringen. Dat betekent dat deze middelen - gegeven de natuurlijke schaarste aan middelen - niet inzetbaar zijn voor andere problemen van volksgezondheid.

In de inleiding van deze bijdrage werd de vraag opgeworpen of de keuze voor de uitvoering van het bobmhk is gebaseerd op een redelijke afweging van argumenten. Om deze vraag te kunnen belichten is cijfermateriaal voor Den Haag en zijn eigentijdse inzichten van deskundigen op tafel gekomen. Op voorhand is opgemerkt, dat interpretaties en conclusies met betrekking tot de redelijkheid van keuzes in de zorg voor de stad Den Haag zelf maar een beperkte betekenis hebben. De regio Den Haag is inzake de uitvoering van de meeste onderdelen van zorg, waaronder bevolkingsonderzoekingen, primair 'volgend' aan landelijk beleid. Het gaat niet aan om bijvoorbeeld voor het bobmhk een eigen koers uit te zetten voor deze stad. Niettemin kunnen inzichten en overwegingen vanuit de praktijk van een beperkt gebied een bijdrage vormen in het debat over nog te maken keuzes inzake het bobmhk en de zorg meer in het algemeen.

Het is evident dat baarmoederhalskanker geen plaats kan opeisen in de rij van grote volksgezondheidsproblemen in Den Haag. Met de huidige zestien sterftegevallen (geschat aantal zonder bobmhk: twintig) staat het baarmoederhalskanker niet in de top tien van de sterfteoorzaken in de stad. In feite spreken we bij het bobmhk niet over de eliminatie van de totale problematiek, maar over de mogelijkheid om de twintig sterftegevallen met tien gevallen te reduceren. Hiermee gaat uiteraard samen een gunstige reductie van ziektegevallen en ziekteperiodes en allerlei daarmee verbonden lasten.

De medische problematiek van deze kankersoort op individueel niveau is zonder twijfel dramatisch. Vanuit public health perspectief bezien kan echter op basis van cijfers over de omvang van de problematiek onder de bevolking niet worden gesteld, dat baarmoederhalskanker en de te behalen winst prioritaire onderwerpen van volksgezondheid moeten zijn. Medische problemen als longkanker, hart- en vaatziekten en diabetes zijn qua omvang veel groter.

Het bobmhk in Den Haag kost alles bij elkaar genomen aanzienlijk meer dan f 346.727,-. Het is, gezien de kosten per gewonnen levensjaar, een relatief duur programma in vergelijking met andere

bevolkingsonderzoeken. Het ziet er ook niet naar uit dat de doelmatigheid kan worden verhoogd door bezuinigingen op de programmakosten (tarieven, overhead enzovoort). Wel zouden de doeltreffendheid en de doelmatigheid kunnen worden verhoogd door het bobmhk te concentreren op risicogroepen vrouwen, waaronder baarmoederhalskanker veel voorkomt. In de huidige opzet, waarbij op basis van het gelijkheidsbeginsel iedere vrouw tussen de dertig en zestig jaar op dezelfde wijze wordt benaderd, is een gedifferentieerde aanpak niet aan de orde. Niettemin blijft in deze alerte wetenschappelijke en beleidsmatige aandacht nodig voor de mogelijkheid, uitsluitend risicogroepen voor baarmoederhalskanker (bijvoorbeeld prostituees) actief te benaderen met een uitnodiging voor screening. Een dergelijke gedifferentieerde risicobenadering is met name een interessante optie voor een grote stad als Den Haag, waar de relatief hoge incidentie van baarmoederhalskanker met de aanwezigheid van deze risicogroepen samenhangt.

Uit het verslag van Bongers en Van der Hoek blijkt, dat juist in achterstandswijken, waar de risicogroepen wonen, de respons laag uitvalt terwijl de incidentie relatief hoog is. Het is hard nodig om een strategie te ontwikkelen, die de deelname van deze vrouwen zo groot mogelijk maakt. Intensieve voorlichting aan deze vrouwen, het laagdrempelig maken van de screeningspraktijk bij de huisarts en het opzetten van een effectieve 'sleepnet'-praktijk zijn voor de hand liggende strategieën.

Naast de screening in het kader van het bobmhk vinden opportunistische uitstrijken plaats bij de huisarts en de gynaecoloog. Dergelijk niet-systematisch (wisselende intervallen) en duur (consulten) onderzoek op baarmoederhalskanker doet afbreuk aan de efficiency van de totale vroegdiagnostiek op baarmoederhalskanker in de stad. In het teken van doelmatigheid blijft derhalve aandacht nodig voor de ontmoediging van opportunistische uitstrijkpraktijken: iedere preventieve uitstrijk volgens het systeem.

In het bovenstaande zijn de nadelige bijeffecten van het optreden van fout-positieve en fout-negatieve uitslagen op de lastenkant van het bobmhk bijgevoegd. Deze negatieve aspecten van het bobmhk blijven vaak onderbelicht in de beeldvorming. Het blijkt, dat met de introductie van nieuwe elektronische analyse-technieken op dit gebied belangrijke winst kan gaan worden geboekt (2).

Gezien de genoemde beperktheid van het bobmhk blijft aandacht geboden voor de ontwikkeling van nieuwe methoden om dit gezondheidsprobleem terug te dringen. Wanneer er meer bekend is over de relatie tussen het Human Papilloma Virus en het ontstaan van baarmoederhalskanker doen zich, naar verwachting, totaal nieuwe mogelijkheden voor van primaire preventie. Er valt dan bijvoorbeeld te denken aan screening op Human Papilloma Virus en op basis daarvan een gerichte benadering van risicogroepen voor onderzoek op baarmoederhalskanker. En een stap verder is dan de mogelijkheid om het accent te verleggen naar de primaire preventie van de besmetting met het Human Papilloma Virus.

### Conclusie

De slotconclusie van het bovenstaande betoog moet luiden, dat op basis van de sterfte-, ziekte- en financiële cijfers niet kan worden gesteld dat de keuze om het bobmhk in Den Haag uit te voeren is gefundeerd op rationeel wetenschappelijke argumenten (objectieve cijfers). Het is van belang om te benadrukken, dat in de hier gepresenteerde afweging geen subjectieve en normatieve argumenten zijn meegenomen. Wat vrouwen (en mannen) er zelf van vinden is niet in beeld gebracht en speelde dus in het betoog geen rol. Evenmin is in beeld gebracht, dat er ten tijde van de introductie van het bobmhk blijkbaar politieke motieven hebben gespeeld om deze voorziening collectief te financieren. Dit heeft er ten slotte toe geleid, dat het bobmhk nu wordt gezien als een verworven recht voor vrouwen. Zoals in het geval van de uitvoering van het bobmhk blijkt, spelen bij het maken van keuzes in de zorg normatieve patronen een even belangrijke rol als objectief-wetenschappelijke argumenten.

Idealiter zouden de keuzes in de zorg moeten worden gebouwd op voldoende informatie en overzicht op alle in het spel zijnde argumenten. In de praktijk is dat niet haalbaar. In de prioriteitenafweging tussen het terugdringen van baarmoederhalskanker en verslavingsproblematiek doet zich het probleem voor van het vergelijken van appels en peren. Hoe om te gaan met de vergelijking tussen aan de ene kant becijferde kansen op ziekte en dood en aan de andere kant de psychologische en sociale gevolgen van de verslavingsproblematiek?

Naast deze inhoudelijke complicaties ontbreekt het op landelijk en regionaal niveau in ons zorgstelsel aan structurele overlegsituaties om de nodige afwegingen op basis van voldoende argumenten te maken. De structuur en het functioneren van het zorgstelsel voorzien niet in de 'geregelde' afstemming tussen de diverse bij de gezondheidsproblematiek betrokken partijen (aanbieders, financiers en gebruikers). Zeker op regionaal niveau, en ook in een stad als Den Haag, bestaat nog geen rijke traditie om in samenspraak en na afweging van de beschikbare objectieve en normatieve argumenten 'redelijke' keuzes te maken voor de ontwikkeling van een geheel van effectieve en gewenste voorzieningen in de zorg.

De hier gepresenteerde belichting van het bobmhk in Den Haag is niet meer dan een bijdrage aan de kritische reflectie op de verdere ontwikkeling van dit onderdeel van zorg. Door vanuit diverse invalshoeken, bijvoorbeeld de huisartspraktijk en in dit geval public health, blijvend te reflecteren op wat we aan het doen zijn kan de 'redelijkheid' van een programma als het bobmhk allen maar zijn gediend.

### Literatuur:

1. Bongers A, Hoek LJ van der. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Den Haag: bespreking van feiten en ontwikkelingen in 1996. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 4: 15-21.
2. Giard RMW, Coebergh JWW. Screening op kanker: soms baat het, vaak schaadt het. *Huisarts en Wetensch* 1997; 40 nr. 13: 636-42.
3. Giard RWM, Coebergh JWW, Wijnen JA. Tegenvallende effectiviteit van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 317-21.
4. Maas PJ van der. Screening: mogelijkheden en valkuilen. In: Poel BNM van der, redactie. *Ontwikkelingen in de geneeskunde* 1995. Rotterdam 1995.
5. Koning HJ de, Ballegooijen M van. Screening op kanker. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, deel IV: effecten van preventie*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven. Maarsen: Elsevier/Tijdstroom, 1997: 246-64.
6. Regionale kankerregistratie. *Integraal Kankercentrum-West*. Leiden, 1996.
7. Ballegooijen M van. Screeningsprogramma's voor baarmoederhalskanker. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, deel IV: effecten van preventie*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven. Maarsen: Elsevier/Tijdstroom, 1997: 700-2.
8. *Sterftestatistiek 1986-1994*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Heerlen/Voorburg.
9. *Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Management-rapportage naar aanleiding van de samenwerkingsovereenkomst van de gemeente Den Haag met de Stichting IKW/SKPW over 1996*. Stichting Kankerpreventie West-Nederland. Leiden, oktober 1997.



## Een belichting vanuit de huisartspraktijk

Rob Jamin

De discussie over het rendement van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (bobjhk) woedt dus nog steeds in alle hevigheid voort. Mettertijd zal vanwege een groeiend aantal uitstrijken een veelheid aan gegevens ontstaan waaruit de 'baten' steeds nauwkeuriger kunnen worden berekend. De winst van het programma wordt idealiter uitgedrukt in toegenomen kwaliteit van leven, gewonnen levensjaren en gespaarde levens. Dat zo'n berekening niet gemakkelijk kan worden gemaakt is, in het eerste gedeelte van deze bijdrage, uitgebreid aan de orde geweest. Dit vervolgdeel neemt een specifiek onderdeel van de 'kosten' onder de loep, namelijk de inspanningen in de huisartspraktijk ten behoeve van het bobjhk. Vooral de aanloopkosten blijken hoog te zijn.

### De praktische gang van zaken

Voor het adequaat uitvoeren van het screeningsprogramma kunnen de volgende fasen worden onderscheiden:

- het selecteren van de vrouwen die in aanmerking komen voor de screening;
- het registreren van de gegevens en het controleren van de juistheid ervan;
- het schriftelijk oproepen van de vrouwen;
- het administreren van de gegevens van de vrouwen waarbij een uitstrijkje is gemaakt;
- het opnieuw uitnodigen van de vrouwen die niet op de eerste oproep hebben gereageerd, het 'sleepnet';
- het bijhouden van de diverse overzichten.

Daarnaast is het noodzakelijk om een 'vangnet' op te zetten voor vrouwen die, om welke reden dan ook, niet naar de eigen huisarts willen gaan voor het maken van een uitstrijkje. Er is dus een klein netwerk van - begrijpelijk - vrouwelijke collega's nodig die bereid zijn extra uitstrijken te maken voor

deze groep vrouwen. Dit 'vangnet' dient niet te worden verward met het 'sleepnet'.

### De tijdsinvestering

In regio Haaglanden verzorgt de Stichting Kankerpreventie West-Nederland (SKPW) de eerste drie stappen. Uitzondering hierop is het gebied dat hoort bij de GGD Delfland. Daar verzorgen de huisartsen zelf het oproepen. De SKPW betreft de gegevens van de vrouwen uit de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA), zoals ook elders usance is. Alle vrouwen tussen dertig en zestig jaar worden opgeroepen met tussenpozen van vijf jaar. Hiertoe is een cohortenschema opgesteld. De vrouwen ontvangen door middel van een groene kaart - die de huisarts verder invult - een uitnodiging om zich door hun huisarts te laten uitstrijken.

In dit begintraject dienen zich diverse administratieve problemen aan: er zijn vrouwen die bij meer dan één huisarts staan ingeschreven; vrouwen die zijn vertrokken of pas kort in de regio wonen en de vrouwelijke illegale patiënten die niet in het GBA-bestand voorkomen. En soms raken de vrouwen hun oproepkaart kwijt. Met het uitzoeken, afstemmen en corrigeren is in alle geledingen veel tijd gemoeid; de afspraak dat huisartsen duplicaatkaarten niet één voor één, maar in clusters aanvragen, blijkt niet algemeen bekend te zijn. Administratieve hoofdpijnen, dus.

Uit onderzoek is gebleken dat de opkomst van de vrouwen varieert van 43% bij centraal oproepen tot 55% bij oproepen door de huisarts. Dit percentage kan na één of meer herhalingsoproepen worden verhoogd tot 64 (1)(2)(3). De restgroep van 46% tot 57% vrouwen, die niet reageert op de eerste uitnodiging, dus ongeveer de helft, vraagt extra aandacht van de huisarts. Bij de non-respons kunnen de volgende motieven een rol spelen:

- recent een uitstrijk ondergaan;
- baarmoeder verwijderd;
- zwanger of zingend;
- persoonlijke bezwaren van velerlei aard, kort samen te vatten als angst of nonchalance (4).

De huisarts verricht hierop dus veel zoekwerk. Lag enige jaren geleden de automatiseringsgraad van de Nederlandse huisartsen op 70% (5), inmiddels

Over de auteur:  
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag.

lijkt dit aandeel gestegen naar 80 à 90%. Het zeven van zwangeren, geopereerde of recent uitgestreken vrouwen lijkt dus een simpele zaak. Echter een minderheid, van 10 tot 20%, van de huisartsen heeft het *medische* gedeelte van de administratie aan de harde schijf toevertrouwd. Het uitzoeken dient dus meestal 'met de hand' te geschieden. Maar wel grondig, immers de kracht van het systeem is gelegen in het persoonlijke karakter van een oproep wanneer dit door de eigen huisarts gebeurt. Wanneer huisartsen een manifest onpersoonlijke benadering introduceren door op grote schaal niet-geïndiceerde vrouwen te rappelleren, valt het fundament onder het systeem weg. Bovendien is het voor een individuele huisarts niet aanvaardbaar om zo'n gebrek aan kennis en/of interesse uit te stralen. Dit zeven kan, net als het doen van de uitstrijk, heel goed aan assistentes worden gedelegeerd. Dit betekent echter niet dat het daarmee minder arbeidsintensief wordt.

### *De software*

Dan de software. Er zijn zo'n zes verschillende computerprogramma's voor huisartspraktijkvoering op de markt: de Huisarts Informatie Systemen (HIS). Voor ieder softwarepakket moest een aparte module worden geschreven die selectie en administratie van de vrouwen mogelijk maakte. De haast waarmee dit programmeren gepaard ging, was - voorstelbaar - omgekeerd evenredig aan het gebruikersgemak van het product.

Extra handicap is dat, hoewel de automatisering in huisartsland het hobbystadium is ontgroeid, de huisartsinformatiesystemen an sich nog volop in ontwikkeling zijn doordat voortdurend aanvullende eisen vanuit de praktijk worden geformuleerd, die moeten worden verwerkt. Het schrijven van de modules voor screening op baarmoederhalskanker (en griep) heeft deze reguliere ontwikkeling van de geautomatiseerde informatiesystemen maandenlang stilgelegd. De helpdesks van de software-leveranciers zijn een tijdlang zo overspoeld geweest door vragen over de cervix- en griepprogramma's, dat er voor de 'gewone' storingen lange wachttijden ontstonden.

### *Het geld*

Met het uitdijen van het takenpakket dat de werklust voor huisartsen steeds verder vergrootte heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging op een gegeven moment als beleidslijn gekozen dat voor elk nieuw

onderdeel in het takenpakket tijd en/of geld beschikbaar dient te komen. Anders dan bij de taakuitbreidingen in het verleden, hangt er nu dus een prijskaartje aan het huisartsaandeel in een screeningsprogramma. Hoewel huisartsen geen deel uitmaken van de populatie riant betaalde dokters, gaat het in totaal natuurlijk om forse bedragen. Voor de 15.569 'Haagse' uitstrijken in 1996 diende fl. 329.285,- te worden vergoed.

### *De animo*

Bij veel huisartsen bestaan grote weerstanden tegen het uitvoeren van de nieuwe preventieve taken. Velen vinden nut en noodzaak onvoldoende aangetoond, de honorering onvoldoende en/of de belasting in tijd bezwaarlijk. De cijfers over 1996 in de vorige aflevering van dit tijdschrift laten zien dat met name de sleepnetfunctie niet goed wordt uitgevoerd (6), hetgeen uiteraard de doelmatigheid van het screeningsprogramma schaadt.

De impact van het screeningsprogramma op baarmoederhalskanker in de huisartspraktijk is dus enorm. Door de forse extra tijdsinvestering van de huisarts en/of de assistent brengt het aanzienlijke financiële kosten met zich mee. Daarnaast lag de software-ontwikkeling in huisartsland (tijdelijk) stil en de afhandeling van computerstoringen bij huisartsen was langdurig ontregeld. De laatste twee consequenties waren vooral aanloopp Problemen, en ook de tijdsinvestering zal minder worden nadat de eerste cyclus met alle cohorten is doorlopen. Toch zullen de baten groot moeten zijn om deze investeringen te rechtvaardigen.

#### Literatuur:

1. Kant AC, Palm BTHM, Makkus ACF, et al. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De effectiviteit van verschillende oproepsystemen. Med Contact 1991; 46: 469-71.
2. Palm BTHM, Kant AC, Wentink E, Hulscher MEJL, Weel C van. Een nieuw uitnodigingssysteem voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Een regionaal implementatieproject. Huisarts Wetensch 1997; 40 nr. 3: 98-101.
3. Afstemmingsgroep cervixscreening Azivo. Onderzoek op baarmoederhalskanker. Voordelen van centraal verzenden van uitnodigingen. Med Contact 1995; 50: 25-6.
4. Kreuger FAF, Poel MBP van der, Nijs HGT. Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Med Contact 1994; 49: 1528-30.
5. Westerhof HP, Berden HJJM. De meerwaarde van het elektronische medische dossier. Huisarts Wetensch 1993; 36: 380-3.
6. Bongers A, Hoek LJ van der. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Den Haag: bespreking van feiten en ontwikkelingen in 1996. Epidemiol Bul Grav 1997; 32 nr. 4: 15-21.

# Scheiden van wonen en zorg in Maison Gaspard de Coligny

*J. van Vliet*

**De mens wil worden gezien en laten weten wat hij wil. Dat geldt voor jongere generaties, maar zeker ook voor ouderen. Traditionele verzorgings- en verpleeghuizen bieden weinig variatie in de sfeer van wonen en te weinig mogelijkheden voor 'zorg op maat'. Maar deze instellingen wachten niet passief af, ze komen sterk terug met een nieuw gezicht. Het totaalconcept is verlaten, de inspanningen zijn nu gericht op 'persoonsgerichte ordening van woon-, zorg- en welzijnsdiensten'. In rap tempo ontstaan de keuzecombinaties. Maar daardoor ontstaan ook eigenaardige paradoxen. Bericht uit Maison Gaspard de Coligny, waar het concept scheiding van wonen en zorg tot uitvoering wordt gebracht.**

De individuele verantwoordelijkheid wint, onder invloed van emancipatie van het individu en verzelfstandiging, samenlevingsbreed aan belang. De mens wil worden gezien en laten weten wat hij/zij wil. Er ontstaat een vraag naar individuele, op maat toegesneden voorzieningen. De oudere consument vormt daarop geen uitzondering.

Ten gevolge van deze trends staan het verzorgingshuis en het verpleeghuis als totaal-zorgorganisaties minder in de belangstelling. Ze bieden weinig of geen variatie in de sfeer van wonen en te weinig mogelijkheden voor zorgverlening op maat en komen daardoor steeds meer op gespannen voet te staan met de individualiseringstendensen. Het verpleeg- en het verzorgingshuis worden gezien als onaantrekkelijk perspectief, waar je naar toe gaat wanneer er geen andere oplossingen meer zijn te bedenken, of te betalen.

Maar in plaats van passief af te wachten, zijn met name verzorgingshuizen sterk aan het terugkomen met een nieuw gezicht, waarin het totaalconcept plaats heeft gemaakt voor een persoonsgerichte ordening van woon-, zorg- en welzijnsdiensten. In rap tempo ontstaat binnen verzorgingshuizen een grote variëteit aan keuzecombinaties. Een voorbeeld van deze persoonsgerichte ordening is het scheiden van wonen en zorg. Na vijf jaar ervaring met deze wijze van werken, lijkt in Maison Gaspard de Coligny, een verzorgingshuis in het Haagse Benoordenhout, de balans in positieve bewoordingen te kunnen worden opgemaakt.

## *Scheiden wonen en zorg*

Met instemming van de met toezicht op de Haagse verzorgingshuizen belaste Gemeente Den Haag is

*Over de auteur:*

*J. van Vliet is als sociaal-gerontoloog verbonden aan Maison Gaspard de Coligny en van daaruit gedetacheerd als locatiedirecteur van het Johannahuis, een verzorgingshuis in Wassenaar.*

Maison Gaspard de Coligny in 1993 begonnen met het gescheiden aanbieden van woon- en zorgdiensten. Aanleiding om dit te doen was de wens van de bewoners om de nadruk te leggen op de woonfunctie en de behoefte om daarnaast te kunnen rekenen op daadwerkelijke ondersteuning en/of zorg wanneer dit nodig is. Deze opvatting paste precies in de toenmalige politiek-maatschappelijke context ('Plan Simons' (1992): 'wonen hoort niet thuis in een ziektekostenverzekering'). De behoefte van de bewoners om de nadruk te leggen op de woonfunctie is voor het bestuur van Maison Gaspard de Coligny tot een belangrijke beleidslijn gemaakt. Waar veel verzorgingshuizen zich steeds meer gingen toeleggen op het faciliteren van de toenemende zorgvraag met aparte ziekenkamers, afgesloten substitutieprojecten voor psychogeriatrische bewoners en huiskamerprojecten, werd hier een duidelijke streep getrokken. Geen verregaande aanpassingen omwille van de zorgbehoefte, maar een nadruk op welzijn, leefklimaat en zorg tot een bepaald maximum.

Buiten de basis-serviceverlening kan de bewoner kiezen uit drie zorgpakketten (A, B en C). Ze onderscheiden zich in inhoud en omvang (uitgedrukt in zorgminuten per dag) van de te leveren zorg. Pakket A omvat gemiddeld de verzorging van de wooneenheid, het dagelijkse bed opmaken en eenmaal per week verschonen, wekelijkse hulp bij het baden en enige hulp bij verpleegkundige handelingen. Pakket B gaat verder en omvat tevens hulp bij het aan- en uitkleden, bij het lopen en/of het rolstoelgebruik en eventuele hulp bij toiletgang en zorg ter voorkoming van decubitus. Pakket C omvat de meest volledige hulp die het huis kan bieden.

De samenstelling van een pakket is niet een absoluut gegeven, maar kan aan individuele behoeften worden aangepast. De bewoners van Maison Gaspard de Coligny kunnen bovendien kiezen door wie ze de noodzakelijke verzorging laten uitvoeren. In plaats

van personeel van het huis kan de bewoner particuliere hulp inschakelen, of gebruik maken van eventueel beschikbare mantelzorg. Hierdoor kan men met een lager zorgpakket toch aan de gewenste zorg of dienstverlening komen. Zo kan de bewoner bijvoorbeeld kiezen tussen afname van een A-pakket of het zelf inschakelen van een eigen hulp wanneer men voor het A-pakket is geïndiceerd; voor een A-pakket met aanvulling van eigen hulp, wanneer een B- of C-pakket is geïndiceerd, of andersom, op eigen kosten een zorgpakket nemen zonder daarvoor te zijn geïndiceerd. Ook is men niet verplicht een zorgpakket af te nemen, zelfs niet wanneer men hier wel voor is geïndiceerd. Immers het zelfbeschikkingsrecht van de individuele bewoner staat voorop en is een principaal uitgangspunt. Gaspard voelt zich echter wel verplicht, de bewoner te wijzen op de risico's die een weigering met zich meebrengt. Dit zowel ten aanzien van eigen welzijn/gezondheid als dat van de medebewoners.

Een aantal bewoners is zodanig zelfredzaam, dat ze in het geheel geen zorgpakket nodig hebben. Ze hebben genoeg aan de basis-serviceverlening. En ruim de helft blijkt voldoende te hebben aan zorgpakket A, het pakket met lichte, ondersteunende zorg (tabel 1).

De Gemeentelijke Indicatiecommissie (die normaliter alleen de indicatie tot toegang tot een verzorgingshuis stelt, maar in dit project continu de zorgbehoefte van de bewoners volgt) stelt de zorgvraag en het noodzakelijk geachte zorgpakket zo objectief mogelijk vast. Tussentijdse wisselingen mogen door de zorgdienst zelf worden geïndiceerd, waarna de Indicatiecommissie dit achteraf toetst en consigneert.

### *Wijze van betaling*

Onder de Wet op de Bejaardenoorden (WBO), die inmiddels is ingetrokken (zie verder), diende de

### *tabel 1*

*Onderverdeling van bewoners van Maison Gaspard de Coligny in zorgpakketten, waarbij de zorgscore is gebaseerd op zorgscore-metingsystematiek van Twijnstra-Gudde (1978).*

| Soort pakket    | Dagelijkse zorgscore<br>(in minuten) | Sept. 1993 | Sept. 1996 |
|-----------------|--------------------------------------|------------|------------|
| Geen zorgpakket | 0 - 10                               | 30%        | 41%        |
| Pakket A        | 11 - 50                              | 40%        | 28%        |
| Pakket B        | 51 - 100                             | 14%        | 19%        |
| Pakket C        | 101 - 150                            | 14%        | 12%        |

bewoner zelf de kosten voor het verblijf en de verzorging in het verzorgingshuis te betalen. Wat de bewoner betaalde werd, eenvoudig gezegd, bepaald door de totale kosten van het verzorgingshuis te delen door het aantal bewoners. Deze contributie was voor iedereen in het huis gelijk, met een kleine variatie indien men een kleiner of groter appartement bewoonde. Slechts indien inkomen en vermogen ontoereikend waren om de kosten te kunnen voldoen, kon via de Gemeentelijke Sociale Dienst financiële vrijstelling worden verkregen.

In het systeem van scheiden van wonen en zorg bestaat de eigen bijdrage uit een vast en een variabel deel. Het vaste deel bestaat uit de huur voor het appartement en de servicekosten. De servicekosten omvatten ook de maaltijden en enige basiszorg. Daarnaast kunnen de bewoners, al naar gelang hun behoefte, een zorgpakket afnemen, het variabele deel van de contributie. Doordat de drie zorgpakketten oplopen in kwantiteit van aangeboden zorg en tijds-eenheden per dag loopt de prijs navenant op.

### Onderzoek

In de periode 1993-1996 hebben diverse onderzoekers het project van Maison Gaspard de Coligny onder de loep genomen. Er was een beschrijvend onderzoek naar de kenmerken van de bewoners (1). Verder heeft een hoofdzakelijk kwantitatief onderzoek plaatsgevonden naar de ervaren kwaliteit van zorg en het gebruik van de diverse zorgvoorzieningen (2). In dit onderzoek werd de bewoner via een

gestructureerde vragenlijst geïnterviewd. Hetzelfde onderzoek vond, ter referentie van de uitkomsten, plaats in een ander Haags verzorgingshuis (Dekkersduin). Naast veel overeenkomsten met Maison Gaspard de Coligny werd in dit referentiehuis de zorgen dienstverlening op meer traditionele wijze georganiseerd. In 1996 werd ten slotte een meer kwalitatief onderzoek opgezet, waarbij met behulp van groepsinterviews met bewoners werd gezocht naar relevante woonaspecten in de beleving van ouderen (3). Ook hier zijn, naast bewoners van Maison Gaspard de Coligny, bewoners van een ander verzorgingshuis (Huize Royal) in het onderzoek betrokken. Enkele opvallende uitkomsten van de drie onderzoeken worden hieronder besproken.

### Representativiteit

De bewoners van Maison Gaspard de Coligny onderscheiden zich van de 'gemiddelde' Nederlandse verzorgingshuisbewoner. In dit huis hebben ze gemiddeld een hoger opleidingsniveau, inkomen én een hogere gemiddelde leeftijd dan in de andere verzorgingshuizen (tabel 2) (2). Ook het sociaal-economische niveau in het referentiehuis Dekkersduin is bovengemiddeld. In het rapport 'Bij het scheiden van de markt' is geconcludeerd dat de bewoners van Gaspard en Dekkersduin niet met elkaar verschillen wat ervaren gezondheid en welbevinden betreft (2). De ervaringen met het scheiden van wonen en zorg in Maison Gaspard de Coligny kunnen dus voor de Nederlandse verzorgingshuisbewoner niet algemeen geldend worden verklaard. Een hoogopgeleide popu-

### tabel 2

*Bewoners van Maison Gaspard de Coligny vergeleken met bewoners in Nederlandse verzorgingshuizen naar sekse, gemiddelde leeftijd en opleidingsniveau, 1995.*

|                     | Maison Gaspard de Coligny<br>(N=62) | Nederlandse verzorgingshuizen*<br>(N=135.300) |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| Mannen              | 18%                                 | 25%   |
| Vrouwen             | 82%                                 | 75%   |
| Gemiddelde leeftijd | 89 jaar                             | 86 jaar                                       |
| Opleidingsniveau    |                                     |   |
| - Laag              | 26%                                 | 82%   |
| - Middelbaar        | 13%                                 | 12%   |
| - Hoog              | 61%                                 | 6%  |

\* Bron: SCP rapportage ouderen 1996 (4)

latie biedt echter meer mogelijkheden om zonder al te veel onrust of problemen nieuwe vormen van woon- en zorgdiensten te ontwikkelen. Deze vormen kunnen later, eventueel in een aangepaste vorm, elders worden toegepast.

### *Autonomie en competentie*

De bewoners kunnen dus zelf beslissen op welke wijze men in de zorgbehoefte wil voorzien. Een groot deel van de ondervraagden maakte gebruik van particuliere huishoudelijke hulp of kreeg hulp van bekenden (2). Particuliere hulp werd vrijwel alleen op huishoudelijk vlak geregeld. Wat de zorgconsumptie betreft maken Gaspard-bewoners meer gebruik van informele hulp bij de ADL-activiteiten dan Dekkersduin-bewoners en de externe zorgconsumptie is in Dekkersduin iets hoger dan bij Gaspard (met name de consultatie van maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten).

Door het loskoppelen van de wooncomponent wordt een eigen woonplek gecreëerd, die gevrijwaard is van te veel 'zorg'-aspecten. De bewoner beslist zelf hoe de woning wordt ingericht en onderhouden. Een verzamelwoede van oude kranten of het roze schilderen van de muur zijn door de bewoner gemaakte keuzes die in dit model naar voren komen. Door de bewoners deze keuze te laten, ontstaat een gevoel van autonomie (3). Men heeft immers een keuze-instrument in handen. Dit sluit aan bij de theorie van welzijnsbevordering bij hoogbejaarde mensen, met 'communicatieve zelfsturing' als belangrijkste kenmerk: 'men streeft hierbij naar autonomie en zelfverwerkelijking, in communicatie met hun omgeving' (5). Naast een gevoel van autonomie komt in het onderzoek naar voren dat de bewoners uit Maison Gaspard de Coligny een positiever zelfbeeld hebben dan in het referentiehuis (2).

Het gescheiden aanbieden van zorg stelt wel hoge eisen aan de competentie van de bewoners. Men moet immers in staat zijn de eigen situatie te beoordelen, in staat zijn de mogelijkheden van het aanbod te overzien en men moet in staat zijn daarbij de goede keuze te maken. Doordat een directe relatie aanwezig is tussen de hoogte van het te betalen bedrag en de zorg die men afneemt, bestaat het gevaar van onderconsumptie op grond van financiële overwegingen. Om dit op te vangen worden bewoners hierin enigszins gestuurd of geadviseerd. Er zijn geen aanwijzingen gevonden van onderconsumptie



van de zorg door de bewoners van Gaspard de Coligny (2).

Niet altijd bleek het de bewoners duidelijk wat de exacte rechten zijn die men aan het 'abonnement' op een bepaald zorgpakket kan ontlend. In principe is het pakket samengesteld op basis van te investeren tijdseenheden. Welke handelingen in die tijdseenheden worden verricht is ter beoordeling van de cliënt en zorgverlener. Naarmate er minder vast staat wordt er meer onzekerheid geschapen. Dit moet men aankunnen. Onzekerheid over inhoud van het pakket maakt dat ouderen soms wachten met het vragen van hulp. Goede voorlichting omtrent de mogelijkheden in de huidige situatie en in het vooruitzicht van mogelijke veranderingen, permanent of tijdelijk, blijft noodzakelijk.

Zoals opgemerkt moeten ouderen in staat zijn, de verschillende alternatieven tegen elkaar af te wegen en een weloverwogen keuze uit het aanbod te maken. De ouderen in Gaspard en Huize Royal die aan de groepsinterviews hebben deelgenomen gaven de indruk nog over een grote mate van zelfredzaamheid en stuurkracht te beschikken. Het betrof echter met name bewoners met een geringe zorgvraag (3).

### *Kosten*

In 1992, het laatste jaar voor de scheiding van wonen en zorg, betaalde een alleenstaande bewoner f 2.809,- per maand. Wanneer rekening wordt gehouden met een voor verzorgingshuizen bescheiden kostprijsstijging van 8% tussen 1992 en 1996, zou men daar in 1996 f 3.033,- voor hebben moeten betalen. Door de scheiding van wonen en zorg betaalt de alleenstaande bewoner zonder service-pakket (41% van de bewoners) f 2.080,- aan huur en servicekosten en met een zorgpakket A f 3.022,- (28% van de bewoners) (tabel 3).

De bewoners vinden het in meerderheid een goede zaak dat alleen wordt betaald voor de zorgvoorzieningen waarvan daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt (1)(2).

Het gescheiden aanbod van zorg door middel van zorgpakketten heeft voor de bewoners die een lagere zorgbehoefte hebben tot gevolg dat ze relatief goedkoop uit zijn en minder betalen dan wanneer een integraal tarief wordt berekend. De kosten vallen echter aanzienlijk hoger uit in de situatie dat men door een verslechterende gezondheid is gedwongen een zwaarder zorgpakket af te nemen. De indruk bestaat dat dit toekomstperspectief in de beleving van de bewoners niet als bedreigend wordt gezien en bovendien ook welbewust naar de achtergrond wordt geschoven. Hoe de ontwikkeling van de individuele gezondheidstoestand in de toekomst zal zijn is een ongewisse zaak en speculaties over eventuele toenemende zorgbehoefte gaat men uit de weg. Bewoners voor wie de verzorgingshuiskosten door de Sociale Dienst (situatie 1996) worden bekostigd, gaan ervan uit dat dit ook bij een stijgende zorgvraag zo zal blijven.

Bij de vergelijking van de kosten moet een kanttekening worden gemaakt: geen rekening is gehouden met het uitgavenpatroon van de bewoners ten aanzien van particuliere huishoudelijke hulp. Gegevens over deze, doorgaans onbelaste, uitgaven worden niet graag door de bewoners verstrekt. Een particuliere hulp rekent gemiddeld f 15,- per uur. Een hulp wordt enerzijds gevraagd om daadwerkelijke hulp te verlenen, maar anderzijds ook voor gezelschap, waardoor ze wellicht vaker wordt gevraagd en langer blijft. Deze vorm van hulp zou daarom ook bij een integraal aanbod van woon- en zorgdiensten door een aantal bewoners worden gekozen. De extra kosten die naar de particuliere sector

vloeien ten gevolge van het scheiden van wonen en zorg zijn derhalve moeilijk te kwantificeren.

Het management van Maison Gaspard de Coligny gaat er van uit dat de zorgvraag lager is dan in andere verzorgingshuizen omdat de bewoner de garantie heeft dat wanneer er hulp nodig is, deze direct wordt geboden. Hierdoor zou er bij de bewoner ook geen claimend gedrag worden ontwikkeld. Men noemt dit een verschuiving van curatieve naar preventieve zorgverlening. Opmerkelijk is dat inderdaad de zorgvraag vanaf het moment van invoeren van de scheiding van wonen en zorg in vergelijking met het jaar daarvoor aanmerkelijk is afgenomen. In het eerste jaar, 1993, is een besparing van f 60.000 gerealiseerd op de zorgkosten. Het scheiden van wonen en zorg kan dus een besparing in de zorgkosten opleveren omdat alleen die zorg wordt geboden waarom wordt gevraagd, c.q. die is overeengekomen. Naast een vaste kern van medewerkers vraagt dit om een team medewerkers met een flexibel contract. Met de besparing in de zorgkosten hangt samen dat bewoners met het goedkoopste A-pakket meer betalen dan ze in feite krijgen. Want gebleken is dat ze niet het aantal zorgpunten gebruiken die in dit pakket zijn opgenomen. Ook bij pakket B doet zich dit verschijnsel voor, zij het in mindere mate. De bewoners in pakket C vragen als categorie echter zoveel zorg dat de bovengrens van het voorzieningspakket vaker dan incidenteel wordt overschreden. Wanneer er dus meer bewoners in het zwaarste zorgpakket zouden vallen, blijft er minder van de gesignaleerde 'maatschappelijke' besparing over.

### Slotbeschouwing

Concluderend kan worden gesteld dat er maatschappelijk een kostenbesparing kan worden gehaald uit het scheiden van wonen en zorg, waarbij een deel van deze kosten wordt afgewenteld op de private sector. Dit is zeker het geval wanneer de woonlasten voor eigen rekening gebracht gaan worden. Bij een landelijke invoering voor de verzorgingshuisebwoners met een gering vrij besteedbaar inkomen is dit een belangrijk punt van aandacht.

Op 1 januari 1997 heeft een belangrijke verandering plaatsgevonden, met fundamentele gevolgen voor het project scheiden van wonen en zorg. De WBO is buiten werking gesteld en via de Overgangswet Verzorgingshuizen moeten verzorgingshuizen worden opgenomen in de Algemene Wet Bijzondere

### tabel 3

#### Kosten in Maison Gaspard de Coligny per maand in 1996

|         |  |  |
|---------|--|--|
| Wonen   | f 583 eenpersoonsappartement               |  |
|         | f 874 tweepersoonsappartement              |  |
| Service | f 1.497 voor een persoon                   |  |
|         | f 1.884 voor twee personen                 |  |
| Zorg    | f 0 bij minder dan dagelijkse zorgscore 10 |  |
|         | f 942 pakket A                             |  |
|         | f 1.884 pakket B                           |  |
|         | f 2.826 pakket C                           |  |

Ziektekosten (AWBZ). Onder de Overgangswet Verzorgingshuizen is een gewijzigde eigen-bijdrage-regeling ingevoerd. Men betaalt van 1997 af in alle verzorgingshuizen een centraal vastgestelde inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Deze wordt los van de zorgvraag vastgesteld. De eigen bijdrage wordt (ook in Maison Gaspard de Coligny) niet hoger of lager doordat men meer of minder zorg opneemt en dus zijn we weer terug bij af. Hier ontstaat een zeer wonderlijke paradox. Door moderniseringstendenzen in de samenleving is juist behoefte aan marktprikkels, individuele vrijheid en zelfsturing ontstaan (6), maar de door de modernisering van de ouderenzorg van kracht geworden Overgangswet Verzorgingshuizen neemt elke prikkel weg en herintroduceert een soort collectieve regeling waaraan niet lijkt te ontkomen. Er is dan wel bijgedragen tot ontschotting in de regelgeving, maar daarvoor in de plaats is er een starre matrix ontstaan met een sterke uniformeringsdrang (zo spoedig mogelijk één verzorgingshuistarief voor heel Nederland).

Maison Gaspard de Coligny zet volgens afspraak met de Ziekenfondsraad en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het functionele scheiden van wonen, welzijn en zorg door. Zo ontstaat in een intramuraal setting een model dat het mogelijk maakt de daadwerkelijke kosten van deze functies zichtbaar te maken en tevens de onderlinge verhoudingen tussen deze functies aan te tonen. Het functioneel scheiden van de genoemde functies brengt logischerwijs met zich mee dat er verbanden

worden gelegd met de functies 'zorg en welzijn intramuraal' en de functies 'zorg en welzijn extramuraal'.

Vanuit Maison Gaspard de Coligny is een samenwerking met de wijk-welzijnsorganisaties ontstaan om de in de wijk aanwezige welzijnsproducten samen te voegen met de welzijnsproducten van het verzorgingshuis, zodat er één welzijnsaanbod ontstaat voor intra- én extramuraal wonende ouderen. Evenzo is er een samenwerkingstraject met de Thuiszorgorganisatie ingezet om de zorgproducten van het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie samen te voegen en tot één zorgteam te komen voor zowel de intra- als de extramuraal wonende ouderen in de wijk. Daarmee vervagen de scheidingen tussen intra- en extramuraal instellingen en krijgt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het welzijn van ouderen vorm en inhoud.

#### Literatuur:

1. Eitjes H, Vliet J van. Zelf kiezen voor gegarandeerde zorg: Evaluatie van twee projecten; zorggarantie - scheiden wonen en zorg. ProZorg. Den Haag 1994.
2. Weert-van Oene GH de, Schrijvers AJP e.a.. Bij het scheiden van de markt, het scheiden van wonen en zorg in een verzorgingshuis. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Universiteit Utrecht, 1996.
3. Schuyt-Lucassen NY, Houben PPJ. Zorg om kwaliteit van wonen. Stichting voor toegepaste gerontologie. Vrije universiteit Amsterdam, 1996.
4. Rapportage ouderen 1996. Sociaal Cultureel Planbureau ISBN 90-5250-925-5. Rijswijk 1997.
5. Gravenland II, Houben PPJ e.a. Modernisering ouderenzorg, ook welzijn. ISBN 90-6665-229-2. 1996.
6. Met zorg wonen deel 1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, nr. 97/05. 1997.



# 'Feestmaand' december

## *Impressies van een hulpverlener*

Mw. J. Renzenbrink

**Het zou het script kunnen zijn voor een Amerikaanse soap, maar het is de dagelijkse praktijk van 'feestmaand' december op de afdeling spoedeisende gevallen van wat tegenwoordig het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde Ziekenhuis heet. Uit portieken geviste dronkaards met een stratosferisch promillage van 4,5. Een Turks echtpaar, gewond geraakt bij een aanrijding met een dertigtal nachtelijke bezoekers. Een pasgeborene, haastig in een handdoek aangereikt door twee jongens van wie er later een vader blijkt te zijn. Moeder van zestien baarde in het geheim, terwijl oma beneden tv keek en na het vernemen van het nieuws een eind aan haar leven wilde maken. Een bonte stoet van medische cliëntele, eindigend met een paukenroffel van vuurwerkslachtoffers. Het relaas van een verpleegkundige die een paar uurtjes na klokslag twaalf dan toch nog het glas champagne kon heffen.**

't Is december, maand van de feesten: Sinterklaas, Kerstmis, Oud en Nieuw. Een maand van gezellig eten en drinken en een maand van veel extra vrije dagen. In het Westeinde Ziekenhuis zijn sommige poliklinieken dicht, maar op andere plaatsen in het ziekenhuis moet het werk gewoon doorgaan, bijvoorbeeld op de afdeling spoedeisende hulp. Niet met minder personeel, want de onophoudelijke stroom patiënten blijft komen, iedere dag weer, zo'n honderd patiënten; weer of geen weer, feest of geen feest.

In dit artikel wordt, aan de hand van enkele bijzondere gevallen die zich gedurende de maand december van het vorige jaar voordeden, een indruk gegeven van het werk op de afdeling spoedeisende hulp van het Westeinde Ziekenhuis. De beschreven casuïstiek lijkt misschien extreem, maar van de honderd patiënten per dag heeft er minstens één een onverwacht verhaal.

### *De afdeling spoedeisende hulp*

De afdeling spoedeisende hulp (de EHBO) van het Westeinde Ziekenhuis (sinds de fusie met Ziekenhuis Antoniushove 'Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde'), ligt in het centrum van Den Haag. Deze ligging, middenin de drukke binnenstad, brengt een specifieke patiëntenpopulatie met zich mee, zoals verkeersslachtoffers -zowel door het intensieve verkeer in de stad als vanwege de nabij gelegen A13- en onfortuinlijke cafébezoekers, die zich tot diep in de nacht melden. Bovendien wonen in wijken rondom het ziekenhuis veel allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status. Dit alles maakt de patiëntenpopulatie van de spoedeisende hulp van het Westeinde Ziekenhuis bijzonder. Qua karakter is ze vergelijkbaar met die van het Onze Lieve Vrouwe

*Over de auteur:*

Mw. J. Renzenbrink, SEH-verpleegkundige, werkzaam op de afdeling spoedeisende hulp van het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde Ziekenhuis in Den Haag.

Gasthuis in Amsterdam.

Op de afdeling werken per dienst vier verpleegkundigen, een secretaresse, co-assistenten en natuurlijk artsen (arts-assistenten, wel of niet in opleiding en specialisten). Elk specialisme, zoals heelkunde, interne geneeskunde, neurologie en gynaecologie heeft voor de spoedeisende hulp eigen arts-assistenten en co-assistenten. Meestal legt bij binnenkomst van de patiënt de verpleegkundige het eerste contact: hij/zij beoordeelt voor welk specialisme de patiënt in aanmerking komt en bepaalt de urgentie (triage). Bij onduidelijkheden wordt dit gedaan door de dienstdoende arts-assistent heelkunde die officieel triagearts is.

Sommige patiënten komen via de huisarts, anderen worden gebracht met ambulances. Maar de meeste patiënten melden zich op eigen initiatief bij het loket van de spoedeisende hulp. Met name door het aantal dat op eigen initiatief komt is de afdeling spoedeisende hulp van het Westeinde Ziekenhuis naast één van de grootste ook één van de drukste afdelingen van Nederland. Sinds kort is een beveiligings-beambte aangesteld die 's nachts, in verband met de toenemende agressie, waakt over de veiligheid van het personeel.

Terwijl in de maand december overal voorbereidingen worden getroffen voor de komende feestdagen, werden op de spoedeisende hulp extra maatregelen genomen voor, met name, Oud en Nieuw: een extra verpleegkundige en een extra arts-assistent heelkunde; verder moest de intensive care open zijn en moesten grote hoeveelheden brandzalf 'ongelukkige' feestgangers het nieuwe jaar inhelpen.

De vraag blijft altijd in hoeverre je je werkelijk kunt voorbereiden op iets wat niet te voorspellen is. Het afgelopen jaar was het met Oud en Nieuw relatief

rustig in de stad. Daarbij was het bovendien ijsig koud, hetgeen waarschijnlijk ook effect had op het bezoek aan de EHBO. Tussen twaalf uur 's nachts en acht uur 's ochtends bezochten toen zo'n 35 mensen de spoedeisende hulp. De letsels bestonden voornamelijk uit vuurwerkverwondingen en brandwonden.

In tegenstelling tot voorgaande jaren werden dit jaar niet in alle wijken buurtfeesten georganiseerd. Volgens de bewakingsman zouden daarom wel eens vechtpartijen tussen de verschillende bendes kunnen uitbreken.

### Casuïstiek

December begon als elke maand. Dagelijks werden alcoholisten binnengebracht met promillages alcohol in het bloed die volgens de boekjes voor een 'gemiddeld' mens dodelijk zijn. Promillages van 4,5 zijn helaas geen uitzondering. Een deel van deze 'patiënten' is vaste klant. Het zijn mensen die meestal via de ambulance worden binnengebracht, gevonden in een portiek, comateus van de drank. Ze worden op de grond gelegd om te voorkomen dat ze zichzelf verwonden. Meestal zien de arts-assistenten van interne geneeskunde en neurologie ze, om andere oorzaken van het coma uit te sluiten. We laten ze uitslapen, met controle van vitale functies, tot ze wakker genoeg zijn om op eigen benen weer het ziekenhuis te verlaten.

Het is nacht, twee uur. De ambulance brengt een Turks echtpaar. Ze waren op weg naar huis, afkomstig van een bruiloft, met hun auto tegen de tram gereden. De verwondingen van mevrouw vallen mee, ze heeft wat schaafwonden en een hechtwond op haar hoofd. De verwondingen van meneer, de bestuurder, zijn ernstiger: ook hij heeft een paar wonden op zijn hoofd die moeten worden gehecht. Verder heeft hij enkele ribben gebroken waardoor bloed in zijn borstkas is gekomen. Hij is stabiel, maar het inbrengen van het buisje (thoraxdrain) om het bloed uit de borstkas af te voeren wordt bemoeilijkt omdat de patiënt erg opgewonden en onrustig is en naar huis wil.

Inmiddels is de familie gewaarschuwd, een grote familie: neven, nichten, zusters, broers, tantes en ooms. Iedereen is er ineens. Om half drie 's nachts zijn er zo'n dertig mensen die zelf willen zien hoe het met het echtpaar gaat. Als we vertellen wat er aan de hand is en dat we nog bezig zijn met de



behandeling, nemen ze daar geen genoegen mee. Iedereen wil zien hoe het met ze gaat. Gelukkig is op zo'n moment de beveiligingsman er om de menigte te kalmeren en ze buiten de EHBO te houden.

Als meneer in bed is geïnstalleerd, mag de familie even naar binnen om te kijken hoe het met hem gaat. Mevrouw mag naar huis, ze vertrekt even later met de familie.

De politie is binnengekomen met een arrestant, aangehouden in de stad omdat hij daar ruiten stond in te slaan. Hij heeft wat glasverwondingen aan armen en handen en wordt, nadat de wonden zijn gehecht, weer meegenomen door de politie.

De volgende dag komen er twee jongens aangerend. Ze zijn 15 en 17 jaar oud. Ze hebben een handdoek bij zich, waar een baby in ligt. Het is een pasgeboren jongetje. 'Het is net geboren', zegt één van de jongens en hij overhandigt het pakketje aan ons. Op de vraag van ons waar de moeder is, zegt hij: 'Oh, die. Die is thuis'.

Moeder blijkt een 16 jaar oud meisje te zijn, ze zit nog op school. De moeder van het meisje, de oma van de baby, weet niet dat haar dochter zwanger was. Het meisje zelf wist dat overigens ook pas een week. Ze woont nog bij haar moeder en was thuis op haar slaapkamer bevallen, terwijl haar moeder beneden op de bank televisie zat te kijken. De baby was snel geboren en het meisje had haar vriend gebeld om de baby op te halen, uit angst voor de reactie van haar moeder. Toen de baby ging huilen, had het meisje net gedaan of ze ruzie met haar vriend kreeg en zo had moeder beneden niets van de consternatie gemerkt. De baby was keurig afgenveld, met een blauw strikje.

De baby wordt meegenomen naar de kinderafdeling, waar hij na onderzoek prima gezond blijkt. Alleen iets onderkoeld. Eén van de jongens die de baby heeft gebracht is de vader van het kind. De andere jongen, zijn vriend, wordt naar huis gestuurd om de moeder op te halen om haar post partum te controleren. Het meisje komt met haar moeder: 'oma' blijkt meegenomen met de smoes dat haar andere dochter een ongeluk heeft gehad. Als oma hoort dat ze oma is geworden, rent ze in totaal overspannen toestand het ziekenhuis uit.

Een uur later worden we gebeld door de politie. Ze zijn druk in de weer met een mevrouw die telkens in de gracht wil springen omdat ze net oma is geworden; of we er misschien iets vanaf weten?

Gelukkig hoorden we achteraf dat moeder en kind uiteindelijk gezond en wel het ziekenhuis hadden verlaten en dat zelfs oma enigszins vrede had met de situatie.

Op oudejaarsavond brengt de ambulance een patiënt, niet afkomstig uit Den Haag. De patiënt blijkt een inbreker, op heterdaad betrapt door de huiseigenaar. In zijn vlucht is hij van de trap gevallen of gesprongen. Hij heeft een open fractuur aan zijn onderbeen. De voet staat haaks opzij van zijn onderbeen. Een akelig gezicht. De man krijgt pijnstillers en de enkel wordt zo goed mogelijk weer op z'n plaats gezet. Vervolgens vertrekt hij naar de operatiekamer voor het zetten van de fractuur.

Het feest gaat beginnen, 't is elf uur oudejaarsavond. De eerste vuurwerkslachtoffers komen binnen, veel oppervlakkige brandwonden, maar ook opengesprongen vingers, door de klap van de ontploffing.

De ambulancebroeders brengen een meisje. Ze is 'flauwgevallen' in de disco, ze voelt zich helemaal niet lekker. De bloeddruk is goed, maar ze heeft een zeer snelle hartslag en haar pupillen zijn zo groot als schoteltjes. Ze wilde eens een 'pilletje' proberen en toen het niet meteen werkte, had ze er na een kwartier nog maar één genomen. Nu werkten de pilletjes wel, maar hadden niet de gewenste uitwerking. Na onderzoek door de arts-assistent interne mag ze naar huis, naar bed. Zou ze er iets van hebben geleerd?

Daarna volgt nog een hele rij vuurwerkslachtoffers. Zo'n dertig in getal. Ze mogen uiteindelijk allemaal naar huis.

Twee jongens worden opgenomen, ze hadden ruzie en hebben elkaar met messen gestoken. De één heeft een vrij diepe wond in zijn lies en moet naar de operatiekamer voor nader onderzoek en hechting van de wond. De ander is in zijn rug gestoken en blijft een nachtje ter observatie.

Al met al een drukke oudejaarsnacht. In totaal zijn zo'n 55 patiënten gezien, maar er was gelukkig geen agressie naar ons en dat geeft ons allemaal toch een goed gevoel. Moe maar voldaan luiden we, weliswaar een paar uurtjes later dan de meeste mensen, ons nieuwe jaar in met een heerlijk glas champagne!

# Suikerziekte bij Hindostanen

## *De stand van zaken III*

*B.J.C. Middelkoop en Mw. F.L. van Leeuwen*

**Het Bulletin bericht al enkele jaren met regelmaat over de problematiek van suikerziekte bij Hindostanen. Een jaar geleden is een start gemaakt met een preventieproject. Daarin wordt met een aantal voorlichtingsmaterialen gewerkt, zoals een videoband, readers, audiocassettes, voedingsboekjes en brochures. Tot nu toe zijn hulpverleners, voorlichters, deelnemers aan groepsvoorlichting en patiënten positief. Of dat alles ook tot een werkelijk betere regulatie van de diabetes leidt zal nu worden nagegaan.**

Een jaar geleden werd in het Epidemiologisch Bulletin bericht over het preventieproject 'Diabetes mellitus en cardiovasculair risico bij Hindostanen' (1). Aanleiding tot dit project was het hoge voorkomen van diabetes onder Hagenaars van Hindostaanse afkomst. Het project startte op 1 december 1996 en loopt door tot 1 december 1998.

Het bestaat uit drie hoofdonderdelen:

- een interventie bij patiënten met diabetes mellitus;
- een voorlichtingscampagne gericht op de algemene Hindostaanse populatie in Den Haag;
- activiteiten om Hindostanen te stimuleren tot meer bewegen.

Wat is een jaar later van dit project, dat Thuiszorg Den Haag en de GGD in samenwerking met huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en diëtisten ten uitvoer brengen, geworden?

### *De patiëntenzorg*

Om met de Patiëntenzorg te beginnen: twee Hindostaanse voedingskundigen hebben nieuw, cultuurspecifiek voorlichtingsmateriaal ontwikkeld dat inmiddels wordt gebruikt door de diabetesverpleegkundigen en diëtisten van Thuiszorg Den Haag en het Westeinde Ziekenhuis. Ook hebben ze materiaal ontwikkeld voor deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Alle producten zijn in de tweede helft van 1997 beproefd in een try-out en op basis daarvan

bijgesteld. Al met al zijn nu de volgende producten beschikbaar.

- Een reader 'De sociaal-culturele achtergrond en de religie van Hindostanen in Nederland', waarmee hulpverleners zich in algemene zin kunnen informeren over de Hindostaanse cultuur.
- Een audiocassette waarop in het Sarnami een uur lang informatie wordt gegeven over suikerziekte (afgewisseld met muziek): het ziektebeeld, de oorzaken, de behandeling, de complicaties en de mogelijkheden om complicaties te voorkómen en het belang van therapietrouw en van sociale acceptatie door de omgeving van de noodzakelijke leefregels van diabetespatiënten.

Deze cassette wordt door de verpleegkundigen gebruikt ten behoeve van de algemene diabetes voorlichting aan Hindostaanse patiënten.

De verpleegkundigen beschikken over de Nederlandse tekst van de audiocassette, zodat ze nauwkeurig op de hoogte zijn van de inhoud van de cassette en goed in staat zijn om vragen van patiënten te beantwoorden.

- Twee voedingsboekjes: één met voorlichting over gezonde voeding, gelardeerd met voorbeelden uit de Hindostaanse keuken, en een boekje met een Hindostaanse koolhydraatvariatielijst. Beide voedingsboekjes worden gebruikt door de diëtisten bij de begeleiding van Hindostaanse diabetes-

### *Over de auteurs:*

*B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag en Mw. F.L. van Leeuwen, sociaal geneeskundige AGZ, werkzaam als stafarts bij Thuiszorg Den Haag.*

patiënten. De koolhydraatvariatielijst stelt de patiënt in staat om zelf te variëren. Hierbij denken men ook aan religieuze festiviteiten waar specifieke gerechten worden geserveerd, waarvoor de patiënt op dezelfde dag moet compenseren.

- Een brochure voor de diëtisten met achtergrondinformatie over de voeding van Hindostanen in Nederland.
- Eveneens voor de diëtisten: een brochure met tips voor de dieet-advisering van Hindostaanse diabetespatiënten.

Zoals gezegd worden de nieuwe materialen toegepast in het Westeinde Ziekenhuis en door Thuiszorg. De verpleegkundigen en diëtisten zijn bijgeschoold wat betreft de inhoud en het toepassen van de materialen. Voorts is voor alle betrokken hulpverleners een algemene reader voor deskundigheidsbevordering beschikbaar. Wat de eerste lijn betreft worden de nieuwe materialen niet alleen gebruikt op de bestaande educatiepunten van Thuiszorg, maar ook in enkele huisartspraktijken met een groot aantal Hindostaanse patiënten. In een evaluatie-onderzoek wordt in deze huisartspraktijken nagegaan welke invloed de interventie heeft op de suikerziekte en wat de waardering is van hulpverleners en patiënten.

#### *Voorlichting voor de Hindostaanse bevolking*

Voor Hindostanen in het algemeen is eind 1997 een tiental groepsvoorlichtingen in de eigen taal georganiseerd. Het doel van de voorlichtingscampagne is om kennisvermeerdering en gedragsverandering te bereiken bij de algemene Hindostaanse populatie, opdat voor hen de kans op het krijgen van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten vermindert.

Vijf Hindostaanse migrantenvoorlichters (twee mannen en drie vrouwen) zijn speciaal voor dit project bijgeschoold. Voor voorlichting aan het algemene Hindostaanse publiek zijn de volgende producten beschikbaar.

- Een cursusboekje voor de bijscholing van migrantenvoorlichters.
- Een programmaboekje voor groepsvoorlichtingen.
- Een video van de British Diabetic Association, 'Looking after yourself'. Op deze videoband wordt voorlichting gegeven over diabetes: het ziektebeeld, hoe je door gezond leven diabetes kunt uitstellen of voorkómen, over gezond koken en gezond eten. De personen die op de band zijn te zien zijn Hindostaans en de video is ingespro-

ken in het Hindi. Deze videoband bleek goed aan te slaan tijdens de groepsvoorlichtingen. Om de band optimaal geschikt te doen zijn voor de Nederlandse situatie zijn evenwel nog enige aanpassingen nodig.

Op basis van de ervaringen die in 1997 zijn opgedaan met de groepsvoorlichting wordt dit projectonderdeel uitgebreid. Naast de al bekende voorlichting aan vrij kleine groepen zullen ook andere ingangen worden benut, zoals mandirs, moskeeën en Hindostaanse radio en televisie.

#### *Beweging*

Voldoende lichaamsbeweging is bijzonder belangrijk om diabetes en -complicaties te voorkómen of uit te stellen. Ook op dit gebied wordt het een en ander ontwikkeld binnen het project. Zo wordt in de wijk Regentesse/Valkenboskwartier met een buurthuis samengewerkt in een cursus van twaalf bijeenkomsten, waarin voorlichting wordt gegeven en men met elkaar gaat bewegen. Als vorm is gekozen voor 'Power walking', een soort stevig wandelen in de wijk. Deze cursus is gericht op allochtone volwassenen (in deze wijk merendeels Hindostaans) in de leeftijd van 20-50 jaar. Voorts is in stadsdeel Centrum een project 'Sport op recept' in voorbereiding, gericht op Hindostaanse (diabetes)patiënten.

Ook op andere manieren wordt getracht het bewegingspatroon van de Hindostaanse bevolkingsgroep gunstig te beïnvloeden, waarbij allerlei partners (zullen) worden betrokken: eigen organisaties, sportverenigingen, de jeugdgezondheidszorg enz.

#### *Tot slot*

Er zijn dus al heel wat stappen gezet. Halverwege de rit zijn de meeste materialen beschikbaar. De ervaringen in de try-outs waren overwegend positief, zowel van de kant van hulpverleners en voorlichters als van de kant van patiënten en deelnemers aan de groepsvoorlichtingen. Of de interventie bij patiënten daadwerkelijk tot een betere regulatie van hun diabetes leidt zullen wij nagaan in het genoemde evaluatie-onderzoek in de huisartspraktijken. Ook de campagne die gericht is op de algemene Hindostaanse populatie zal worden geëvalueerd op aspecten als bereik, waardering, toename van kennis en - zo mogelijk - een gezonder gedrag.

#### *Literatuur:*

1. Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. De stand van zaken II. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 2-3.

# Haagse harddruggebruikers en het bereik van verslavingszorg en politie

Onderzoekscommissie MORE

**Om het drugbeleid te ontwikkelen en te evalueren is betrouwbare informatie nodig over de populatie die drugs gebruikt. Met gebruikmaking van de bestanden van politie en verslavingszorg is voor het eerst de aard en de omvang van de Haagse *harddruggebruikers* die bij hen bekend zijn, in kaart gebracht. Op basis daarvan is een schatting gemaakt van het totale aantal harddruggebruikers in Den Haag. Het onderzoek is - ook landelijk gezien - uniek . Een eerste belangrijke stap.**

## Samenvatting

Met dit onderzoek is op nauwkeurige wijze het aantal Haagse harddruggebruikers vastgesteld dat in de jaren 1993-1995 gebruik heeft gemaakt van de Haagse hulpverleningsvoorzieningen voor verslavingszorg en het aantal dat in dezelfde periode is aangehouden door de politie Haaglanden. De medewerkers van deze instanties zagen samen zo'n 2.500 gebruikers: vooral opiaatgebruikers, meest mannen en voornamelijk 24-40-jarigen. Ze hadden met iets meer Nederlanders contact (autochtoon 57%; allochtoon 43%) en ontmoetten veel harddruggebruikers uit de centrumwijken in Den Haag. Onder de harddruggebruikers bevonden zich veel laagopgeleiden en uitkeringsgerechtigden.

In verhouding tot de omvang van de desbetreffende bevolkingsgroep waren de Antillianen het sterkst vertegenwoordigd (16,4 per 1.000 Antillianen), gevolgd door de Surinamers (12,4 per 1.000) en de Marokkanen (10 per 1.000) (ter vergelijking: Neder-

landers 4,9 per 10.000). Hagenaars van deze afkomst kwamen, in dezelfde volgorde, ook het meest in aanraking met de politie. Harddruggebruikers van Turkse afkomst werden zowel bij de zorg als bij de politie veel minder waargenomen.

Voor het merendeel komt dit beeld overeen met de verwachting. Wel was het aandeel jongeren opvallend klein (jonger dan 20 jaar slechts 3%).

Het overgrote deel van de harddruggebruikers in zorg had ten tijde van het onderzoek geen strafbare feiten gepleegd (twee derde). Van de groep die wel strafbare feiten pleegde ontving de helft zorg. In de groep die dit niet kreeg (PP-groep) zag de politie veel allochtonen (66%), vooral Surinamers (22%) en Marokkanen (17%).

Voor verwijzing naar de zorg komen de harddruggebruikers in de PP-groep uiteraard het meest in aanmerking. Belangrijk is dat dit in een zo vroeg mogelijk stadium gebeurt omdat, zo is gebleken,

---

*Over de auteurs: Onderzoekscommissie MO(nitoring), R(egistratie) en E(valuatie). De commissie ressorteert onder de Regiegroep Verslavingsproblematiek Den Haag en bestaat uit de deelnemers ir. H.W.A. Struben, hoofd afdeling Epidemiologie, GGD/Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn in Den Haag; drs. P. Versteegh, hoofd Bureau Analyse en Research Politie Haaglanden; drs. C.W. van der Meer, beleidspsychiater Verslavingscircuit Bloemendaal; C.J.H. Beijer, hoofd Dienst Informatiebeheer Centrum Verslavingszorg Zeestraat en mw. I. Burger, onderzoeker afdeling Epidemiologie, GGD/Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn in Den Haag (toegevoegd lid).*

harddruggebruikers vaak pas na een lange periode van delinquent gedrag, waarin vaak veelvuldig strafbare feiten zijn gepleegd, hulp zoeken bij zorginstellingen dan wel worden verwezen naar de verslavingszorg (40% werd naar de zorg verwezen met een justitiële verwijzing). Dit kan wellicht ook één van de factoren zijn waarom bij de verslavingszorginstellingen (nog) relatief minder delinquente harddruggebruikers van allochtone afkomst - met uitzondering van de Surinamers - worden behandeld. Hun delinquente periode bleek gemiddeld korter.

Het waren vooral vermogensdelicten die door de harddruggebruikers zijn begaan. Deze harddrugge-

bruikers namen circa een derde van het totale aantal aanhoudingen in de stad voor hun rekening. Onder de harddruggebruikers bevond zich weer een kleine groep die verhoudingsgewijs veel delicten had gepleegd (4% was betrokken bij 20% van de druggerelateerde aanhoudingen).

Op basis van het aantal Haagse harddruggebruikers dat de politie en de zorg in Den Haag in de jaren 1993-1995 had gezien, is het totale aantal gebruikers in de hofstad op circa 3.300 geschat, waaronder zo'n 1.400 delinquente harddruggebruikers.

## Inleiding

In Den Haag wordt de laatste jaren in nauwe samenwerking tussen politie, justitie, verslavingszorg en gemeente gestreefd naar een samenhangend hulpaanbod aan (criminele) harddruggebruikers <sup>a)</sup>. Deze samenwerking vindt plaats onder auspiciën van de Regiegroep Verslavingsproblematiek, waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd. Uitsluitend strafrechtelijke vervolging van criminele harddruggebruikers leverde, zo is in het recente verleden gebleken, onvoldoende resultaat. Niet alleen repressie maar ook zorg, maatschappelijk herstel en preventie zijn pijlers van een samenhangend hulpaanbod (1). Hierbij zal deze hulp en de beheersing van overlast veroorzaakt door overmatig harddruggebruik zoveel mogelijk in, met en vanuit de wijk gestalte krijgen (1).

Voor de ontwikkeling en evaluatie van het Haagse drugbeleid is uiteraard informatie nodig over de Haagse populatie druggebruikers.

De Regiegroep Verslavingsproblematiek heeft in het najaar van 1996 de onderzoekscommissie MORE opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar aard en omvang van de populatie harddruggebruikers in Den Haag in relatie tot een aantal politionele en verslavingszorgkenmerken.

In dit artikel wordt verslag gedaan van resultaten van dit onderzoek <sup>1)</sup>. De uitkomsten betreffen uitsluitend harddruggebruikers die in Den Haag wonen.

<sup>1)</sup> De resultaten zijn ontleend aan de eindrapportage: 'Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg. Onderzoekscommissie MORE. Den Haag, december 1997.

## Opzet en methode onderzoek

Het onderzoek diende de volgende vraag te beantwoorden:

'Wat is, in de periode 1993-1995, de omvang van de Haagse populatie harddruggebruikers; welk deel daarvan en wat voor type harddruggebruiker heeft in die periode contact gehad met de politie en/of de verslavingszorg in Den Haag?'

Er doen zich hierbij vier mogelijkheden voor:

- uitsluitend contact(en) met de politie (*PP-groep*);
- uitsluitend contact(en) met de verslavingszorg (*VV-groep*);
- zowel contact(en) met de politie als met de verslavingszorg (*PV-groep*);
- noch met de politie nog met de verslavingszorg contact (*Z-groep*).

Het onderzoek is verricht op basis van gegevens afkomstig van bestaande registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg. Hierdoor komt uiteraard geen informatie beschikbaar over de harddruggebruikers die noch met de politie noch met de verslavingszorg contact hebben gehad (*Z-groep*). Het is mogelijk, bij kennis over de omvang van de andere subgroepen, een schatting te maken over het aantal harddruggebruikers in de *Z-groep*.

De verslavingszorggegevens zijn afkomstig uit de registratiesystemen van de Haagse verslavingszorginstellingen: het Verslavingscircuit Bloemendaal en

<sup>a)</sup> Gebruikers van heroïne, methadon, cocaïne en/of amfetamine.

het Centrum Verslavingszorg Zeestraat <sup>b)</sup>. Gegevens zijn aangeleverd over alle harddruggebruikers in Den Haag die op 1 januari 1993 in zorg waren dan wel in de periode 1993-1995 één of meer keer klinische dan wel ambulante zorg hebben gekregen <sup>c)</sup>.

De politiegegevens zijn gebaseerd op de persoons- en delictgegevens uit het procesverbaal die in het Herkenningssysteem van de politie zijn ingevoerd. In dit systeem worden dus alleen verdachten geregistreerd en geen daders. Echter 97% van de afgehandelde zaken eindigt met een schuldigverklaring door de rechter <sup>d)</sup>.

De politiegegevens betreffen informatie over verdachten die het label 'harddruggebruiker' hebben en die in 1993, 1994 of 1995 ten minste eenmaal op Haags grondgebied zijn aangehouden door politie Haaglanden. Wanneer een harddruggebruiker verschillende keren in het werkgebied van politie Haaglanden is aangehouden, dat groter is dan de gemeente Den Haag, kon daarbij niet worden vastgesteld hoe vaak verdachte eventueel buiten de gemeentegrens van Den Haag is aangehouden.

Het label 'harddruggebruiker' wordt door de politie toegekend op aangeven van verdachte zelf. Niet iedere verdachte die harddrugs gebruikt zal dit gebruik bekend willen maken. Verdachten die op het moment van de extractie (18 april 1997) zijn gelabeld als harddruggebruiker zijn meegenomen in het onderzoek. Niet bekend is wanneer het gebruik is ontstaan, met als gevolg dat alle aanhoudingen en strafbare feiten van de verdachte druggerelateerd worden. Het betekent ook dat een verdachte die op het moment van extractie niet (meer) stond gekwalificeerd als druggebruiker niet in het onderzoek is meegenomen ondanks dat hij of zij in het verleden (waaronder de onderzoeksperiode!) wel druggebruiker is geweest. Van enige (onvermijdelijke) onderrapportage van delinquente harddruggebruikers kan dus sprake zijn geweest. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat de politie onbekend is met het feit dat een verdachte inmiddels is gestopt met

harddruggebruik.

Het politie- en de zorgbestand(en) zijn via een zorgvuldige en gefaseerde koppelingsprocedure <sup>e)</sup> gecombineerd tot één geanonimiseerd onderzoeksbestand.

Het onderzoek is opgezet als een 'dwarsdoorsnede'-onderzoek. Dit maakt het onmogelijk een harddruggebruiker in de tijd te volgen, waardoor geen oorzak-gevolg conclusies kunnen worden getrokken. We weten bijvoorbeeld wel dat een harddruggebruiker zowel bij de zorg als bij de politie bekend is maar we weten niet of de gebruiker eerst zorg heeft ontvangen en daarna in aanraking is gekomen met de politie of andersom. Ook is het mogelijk dat een gebruiker tijdens zijn of haar zorgperiode in contact is gekomen met de politie.

Een koppeling van gegevensbestanden van politie- en verslavingszorgbestanden heeft nog niet eerder plaatsgevonden (2).

### **Beschrijving totale onderzoeksgroep**

#### *Leeftijd en geslacht*

In de periode 1993-1995 zijn 2.412 Haagse harddruggebruikers bekend bij de politie en/of de verslavingszorg in Den Haag. De mannen zijn ver in de meerderheid: 84% is man en 16% vrouw. In leeftijdsopbouw verschillen de mannen en de vrouwen nauwelijks. De meeste harddruggebruikers zijn tussen de 24 en 40 jaar oud (67%). We zien heel weinig jonge en oude gebruikers. Jonger dan twintig jaar is slechts 3% en ouder dan 45 jaar 5%. De gemiddelde leeftijd is 32 jaar.

#### *Afkomst*

Ruim de helft van de harddruggebruikers (57%) is van Nederlandse afkomst. Eén op de vijf harddruggebruikers is van Surinaamse afkomst. Van de harddruggebruikers zijn verder 7% van Marokkaanse, 4% van Antilliaanse en 2% van Turkse origine. 9% is van een andere etniciteit. (Van 1% is de afkomst onbekend.) Het aandeel allochtonen is onder de mannen twee keer zo groot als onder de vrouwen:

<sup>b)</sup> Verslavingscircuit Bloemendaal: Emiliehoeve; De Weg; Mistral; Triple Ex; Project 4; Re-entry. Centrum Verslavingszorg Zeestraat: ambulante zorg en reclassering Den Haag; penitentiaal reclasseringswerk; dagprogramma I en II op de Scheveningseweg; deeltijdbehandeling Bazarstraat; kliniek Zeestraat; polikliniek AGW, Rubenshoek en Zeestraat.

<sup>c)</sup> 5% van de harddruggebruikers die klinisch zijn behandeld bij Centrum Verslavingszorg Zeestraat ontbreekt vanwege invoering van het registratiesysteem per 1 oktober 1993.

<sup>d)</sup> Op het moment van extractie (18 april 1997) waren de procesverbaalgegevens van naar schatting 97% van de delinquenten in de onderzoekspopulatie beschikbaar.

<sup>e)</sup> Voor de koppeling van de beide bestanden is toestemming verkregen van de Toetsingscommissie Patiëntgebonden- en wetenschappelijk onderzoek van de Vereniging Bennekom/de Open Ankh en het ministerie van Justitie.



tabel 1

Harddruggebruikers woonachtig in Den Haag naar etnische groep (absolute aantallen en per 1.000 inwoners van de desbetreffende etnische groep) voor de vijf onderzoeksgroepen. Den Haag 1993-1995.

|             | Alleen bij politie bekend | Bij politie en zorg bekend | Alleen bij zorg bekend | Totaal           | Bij politie bekend | Bij zorg bekend  |
|-------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|--------------------|------------------|
|             | Abs./ per 1.000           | Abs./ per 1.000            | Abs. / per 1.000       | Abs. / per 1.000 | Abs. / per. 1.000  | Abs. / per 1.000 |
| Antilliaans | 46 / 7,4                  | 19 / 3,1                   | 36 / 5,8               | 101 / 16,4       | 65 / 10,5          | 55 / 8,9         |
| Surinaams   | 126 / 3,2                 | 163 / 4,1                  | 199 / 5,1              | 488 / 12,4       | 289 / 7,4          | 362 / 9,2        |
| Marokkaans  | 95 / 5,7                  | 19 / 1,1                   | 53 / 3,2               | 167 / 10,0       | 114 / 6,8          | 72 / 4,3         |
| Nederlands  | 217 / 0,8                 | 365 / 1,3                  | 788 / 2,8              | 1370 / 4,9       | 582 / 2,1          | 1153 / 4,1       |
| Overige     | 55 / 0,7                  | 27 / 0,3                   | 125 / 1,6              | 207 / 2,6        | 82 / 1,0           | 152 / 1,9        |
| Turkse      | 23 / 1,1                  | 12 / 0,6                   | 15 / 0,7               | 50 / 2,4         | 35 / 1,7           | 27 / 1,3         |
| Onbekend    |                           |                            | 29                     | 29               |                    | 29               |
| Totaal      | 562 / 1,3                 | 605 / 1,4                  | 1245 / 2,8             | 2412 / 5,4       | 1167 / 2,6         | 1850 / 4,2       |
|             | a                         | b                          | c                      | d                | e=a+b              | f=b+c            |

47% van de mannen en 24% van de vrouwen.

De Turken zijn gemiddeld 28 jaar oud en de Marokkanen 26 jaar, duidelijk jonger dan de andere groepen die alle gemiddeld ouder zijn dan dertig jaar.

De Surinamers vormen, zoals opgemerkt, in absolute zin de grootste groep niet-Nederlandse harddruggebruikers. Houden we echter rekening met de bevolkingsomvang van de etnische groepen dan zijn niet de Surinamers het sterkst vertegenwoordigd maar de

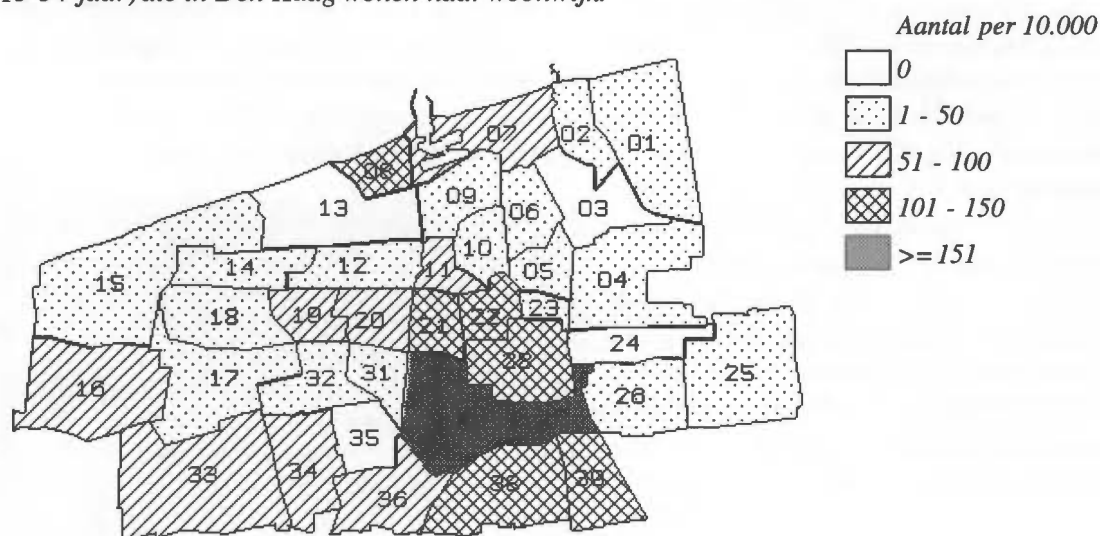
Antillianen met 16,4 per 1.000 Antillianen, gevolgd door de Surinamers met 12,4 en de Marokkanen met 10,0 per 1.000 (tabel 1). De Nederlanders, de Turken en de groep 'overige etniciteit' liggen met respectievelijk 4,9, 2,4 en 2,6 per 1.000 onder het gemiddelde van Den Haag van 5,4 per 1.000.

#### Woonwijk

Van de groep harddruggebruikers waarvan het adres bekend is (90%) wonen de meesten in de Schilders-

#### plattegrond

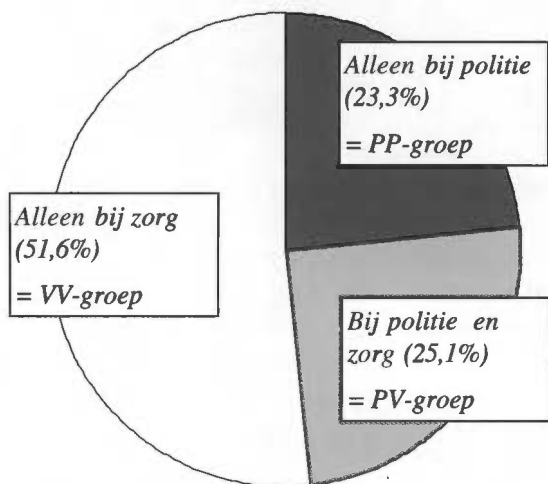
Harddruggebruikers (per 10.000 wijkbewoners in de leeftijdscategorie 15-54 jaar) die in Den Haag wonen naar woonwijk.



N.B. : De nummering van de wijken komt overeen met de gemeentelijke wijkcodes.

**figuur 1**

Haagse harddruggebruikers naar contact met politie en/of verslavingszorg.  
Den Haag 1993-1995.



buurt (312) gevolgd door Laakkwartier/Spoorwijk (256). Voor een zuivere vergelijking van het voorkomen van harddruggebruikers per wijk is het belangrijk, rekening te houden met de omvang en de leeftijdsopbouw van de wijkbevolking. Daar 99,3% van de gebruikers in de leeftijdsgroep van 15-54 jaar valt wordt het voorkomen weergegeven per 10.000 15-54-jarige wijkbewoners. We zien dat relatief de meeste harddruggebruikers uit de Stationsbuurt komen (238 per 10.000 wijkbewoners in de leeftijdsklasse van 15-54 jaar). Gemiddeld treft men in Den Haag 85 harddruggebruikers per 10.000 inwoners aan. In de Stationsbuurt is dit dus bijna drie maal zo veel. Ook de Groente- en Fruitmarkt, het Transvaalkwartier en de Schildersbuurt scoren, op enige afstand, hoog met tussen de 150 en 185 gebruikers per 10.000. Een vertekening van deze cijfers is niet helemaal uit te sluiten omdat de pakkans van gebruikers door de politie mogelijk groter is in wijken met veel (druggerelateerde) criminaliteit. Ook de verdeling van de harddruggebruikers waarvan het woonadres onbekend is kan per wijk verschillen.

De spreiding van het relatieve voorkomen per wijk is gevisualiseerd in een *plattegrond* van Den Haag (zie vorige pagina). Het zijn zoals verwacht mag worden vooral de centrumwijken die hoog scoren in aantallen harddruggebruikers wanneer de bevolkingsomvang van de wijk in acht wordt genomen.

**Sociaal-economische status**

Circa 60% van de Haagse harddruggebruikers heeft hooguit lager beroepsonderwijs gevolgd. Voor zover

beschikbaar geeft informatie over het beroepsniveau en de belangrijkste inkomstenbron een weinig verrassend patroon te zien, namelijk een oververtegenwoordiging in de lager gekwalificeerde beroepen, namelijk 42% verricht(te) ongeschoolde arbeid en zeer velen (72%) waren uitkeringsgerechtigd.

**Omvang subpopulaties**

Iets meer dan de helft (52%) van de Haagse harddruggebruikers is uitsluitend bij de verslavingszorg bekend (figuur 1). Alleen bij de politie bekend is 23% en zowel bij de politie als de zorg bekend is 25%. De drie subgroepen hebben achtereenvolgens (in dezelfde volgorde) de volgende omvang: 1.245, 562 en 605 gebruikers.

In figuur 1 is ook te zien dat het part dat zowel bij de politie als bij de zorg bekend is een derde deel beslaat van de harddruggebruikers die bij de zorg bekend zijn en de helft vormt van de groep die bij de politie bekend is.

Nu we de omvang van de verschillende subpopulaties kennen kunnen we, zoals eerder opgemerkt, ook een omvangsschatting maken van de totale populatie (delinquente) harddruggebruikers die in Den Haag woont, dus inclusief de genoemde Z-groep. Volgens de capture-recapture-methodiek <sup>2)</sup> resulteert het aantal Haagse harddruggebruikers tussen de 3.200 en 3.400 gebruikers, waaronder 1.350 - 1.450 delinquente gebruikers. Ter vergelijking: in een landelijk onderzoek werd het aandeel delinquente harddruggebruikers in de totale populatie harddruggebruikers op 42% geschat (2). Deze verhouding doorgetrokken zouden er in Den Haag 3.180 harddruggebruikers wonen. Dit aantal ligt dus zeer dicht bij het berekende aantal van 3.300 harddruggebruikers, zeker wanneer in aanmerking wordt genomen dat een 'grote stad' als Den Haag in dit opzicht ongunstig

<sup>2)</sup>De capture-recapture-methodiek maakt gebruik van de omvang van het politiebestand en de zorgbestanden alsmede van de overlap daartussen. Hierbij zijn enkele aannemelijke correcties toegepast. De methodiek gaat van een aantal veronderstellingen uit, waaraan in de praktijk vrijwel nooit volledig kan worden voldaan. Zo dienen de steekproeven onafhankelijk te zijn getrokken, hetgeen in het onderhavige onderzoek niet het geval is. De vertekeningen die hierdoor kunnen ontstaan zullen echter, ten dele, een tegengesteld effect hebben waardoor de invloeden elkaar deels weer kunnen opheffen. Naar inschatting van de auteurs zal de gegeven raming eerder aan de voorzichtige kant zijn.

zal afwijken van het landelijke beeld.

Van de harddruggebruikers in zorg heeft één op de drie (32%) één keer of vaker een strafbaar feit gepleegd waarvoor hij/zij in contact is gekomen met de politie.

Anderzijds heeft van de harddruggebruikers bekend bij de politie ruim de helft (52%) zorg ontvangen.

### Beschrijving subpopulaties

In alle drie de subgroepen (PP-groep, VV-groep en PV-groep) zijn de mannen zoals verwacht sterk in de meerderheid. In de PP-groep zien we zelfs vrijwel uitsluitend mannen (95%). In deze groep zien we ook het grootste aandeel jongeren beneden de 25 jaar (PP-groep 26%; PV-groep 14% en VV-groep 17%). De vertegenwoordiging van de diverse etniciteitsgroepen in de onderscheiden populaties is zeer divers (figuur 2).

In de PP-groep zien we veel allochtonen (61%), vooral Surinamers en Marokkanen. In de VV-groep is twee derde van Nederlandse afkomst. In alle drie de te onderscheiden groepen nemen de Turken een zeer bescheiden positie in. De groep van 'overige' allochtone afkomst is vooral in de VV-groep en in

mindere mate de PP-groep aanzienlijk: in beide groepen behoort 10% tot deze categorie.

Hoe is de vertegenwoordiging per etniciteitsgroep bij de zorg en/of de politie wanneer we rekening houden met de etnische samenstelling van de Haagse bevolking?

In drie jaar worden op de 1.000 Hagenaars 2,6 harddruggebruikers één of meer keer door de politie opgepakt (tabel 1). We zien dat Antilliaanse harddruggebruikers verhoudingsgewijs het meest in verband met delinquent gedrag met de politie in aanraking zijn gekomen (10,5 per 1.000 Antillianen), gevolgd door de Surinamers en Marokkanen (respectievelijk 7,4 en 6,8 per 1.000).

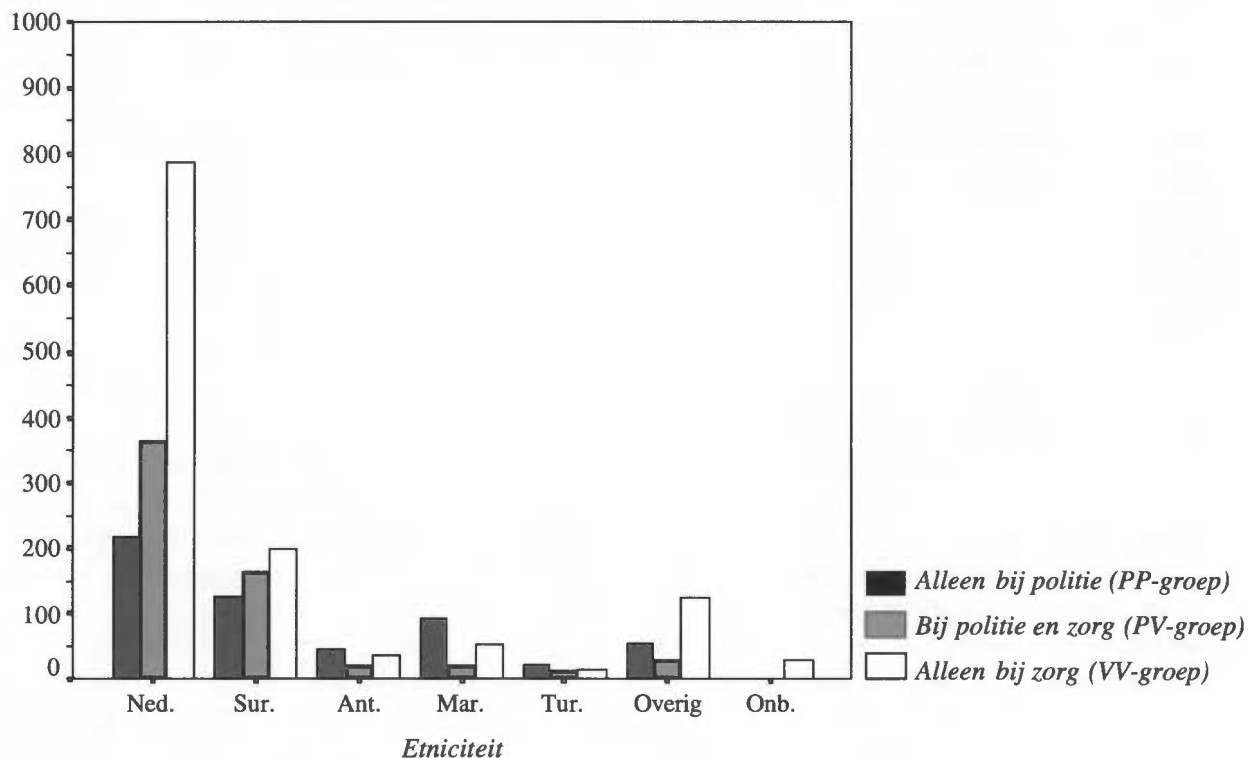
Van de gebruikers bekend bij de politie zijn de Marokkanen - met slechts één op de zes - het minst in behandeling bij de verslavingsinstellingen. De delinquente Nederlandse en Surinaamse gebruikers zijn daarentegen het meest in behandeling geweest (respectievelijk 63% en 56%).

Nemen we de gebruikers in zorg in ogenschouw dan zien we dat op iedere 1.000 Hagenaars er 4,2 in Haagse instellingen voor verslavingszorg zijn behan-

### figuur 2

Haagse harddruggebruikers naar etniciteit per onderzoeksgroep. Den Haag 1993-1995.

Aantal



deld. Onder de Surinaamse en Antilliaanse bevolkingsgroep zijn circa tweemaal zoveel personen voor harddruggebruik in behandeling (respectievelijk 9,2 en 8,9 per 1.000).

### **Zorggegevens**

#### *Belangrijkste drug*

Van de harddruggebruikers in zorg kennen we de harddrug die de cliënt, volgens eigen opgave, voornamelijk gebruikt. De overgrote meerderheid van deze harddruggebruikers gebruikt opiaat (heroïne en/of methadon) als belangrijkste verslavende middel (78%). Cocaïne is voor 19% van de gebruikers het belangrijkste middel en amfetamine wordt door een zeer gering deel als hoofdmiddel gebruikt (2%).

Zijn de cliënten ook bij de politie bekend (PV-groep) dan scoren opiaten als belangrijkste middel nog hoger, namelijk 86%.

Tussen de verschillende etnische groepen bestaat er een groot verschil ten aanzien van het belangrijkste verslavende middel. De Antillianen en de Turken gebruiken veel meer dan gemiddeld cocaïne als belangrijkste middel: 62% van de Antillianen en 41% van de Turken zegt dit middel het meeste te gebruiken.

#### *Klinische versus ambulante zorg*

71% van de harddruggebruikers in zorg heeft uitsluitend ambulante zorg ontvangen, 18% zowel ambulante als klinische en 11% uitsluitend klinische zorg. De Surinamers en de Marokkanen hebben in verhouding tot de andere bevolkingsgroepen minder gebruik gemaakt van de klinische voorzieningen. Een vierde van hen is in de onderzoeksperiode één of meer keer opgenomen geweest. Bij de andere groepen ligt dit rond een derde of iets daarboven.

In de VV-groep zien we meer gebruikers met uitsluitend klinische behandeling/zorg (15%) dan in de PV-groep (5%).

#### *Aantal dagen in zorg*

Gemiddeld zijn de harddruggebruikers, bekend bij één of meer Haagse verslavingszorginstellingen, gedurende de helft van de onderzoeksperiode in zorg (geweest). De zorgperiode kan zowel dagen van klinische opname weergeven als dagen ingeschreven in de ambulante zorg. Bij de inschrijvingsduur voor ambulante behandeling is het uitschrijvingsbeleid van de instelling een sterk bepalende factor. Zo zou kunnen worden gesproken van 'administratieve zorg'

wanneer cliënt als regel pas na een contactloze periode van een half jaar wordt uitgeschreven. Verschillen in duur van de zorg wordt dus in sterke mate bepaald door het type zorg dat men heeft ontvangen. Heeft men uitsluitend ambulante zorg gekregen dan is de gemiddelde duur van de zorg 577 dagen, bij uitsluitend klinische zorg gemiddeld 240 dagen en bij zowel ambulante als klinische zorg gemiddeld 845 dagen.

#### *Justitiële verwijzing*

40% van de harddruggebruikers in zorg is gedurende de onderzoeksperiode naar de zorg gegaan met een justitiële verwijzing. In de PV-groep ligt dit percentage - zoals verwacht - veel hoger (PV-groep 66%; VV-groep 27%). Dat het overige deel van de harddruggebruikers in de PV-groep (34%) geen justitiële verwijzing heeft zal mede voortvloeien uit de opzet van het onderzoek. Immers bekend is alleen dat de harddruggebruiker gedurende de drie jaar van het onderzoek door zowel de politie als de zorg is gezien. Het is dus zeer wel mogelijk dat de delicten zijn gepleegd ten tijde van of na de zorgperiode en dat zij pas na 1995 en na herhaaldelijk crimineel gedrag hebben geleid tot een justitiële verwijzing.

Dat we in de VV-groep ook justitiële verwijzingen tegenkomen is mogelijk wanneer gebruikers vóór de onderzoeksperiode een delict hebben gepleegd. Bovendien is het mogelijk dat een delinquent bij verbalisering zich niet bekend maakt als harddruggebruiker maar dat later ten tijde van de rechtszaak voor justitie wel doet.

In de groepen Antilliaanse en Marokkaanse harddruggebruikers in zorg is meer dan de helft door justitie daarnaar verwezen (respectievelijk 58% en 56%).

Wanneer de harddruggebruiker uitsluitend klinisch is behandeld, is dit vrijwel nooit op geleide van een verwijzing van justitie gebeurd; slechts 7% van hen had een dergelijke verwijzing.

### **Politiegegevens**

In tegenstelling tot de zorggegevens omvatten de politiegegevens uit het Herkenningssysteem informatie van vóór de onderzoeksperiode. Dit werpt dus een licht op de delinquent *voorgeschiedenis* van de harddruggebruiker.

#### *Duur delinquent periode*

Circa negen van de tien harddruggebruikers die

wegens delicten tijdens de onderzoeksperiode zijn opgepakt, vertoonden al delinquent gedrag vóór de onderzoeksperiode.

De meeste delinquenten kwamen al op jonge tot zeer jonge leeftijd in aanraking met de politie. Velen zagen de politie reeds op de leeftijd van 15-18 jaar (ruim 40%).

De gemiddelde duur van de delinquente carrière bedraagt 12,5 jaar. 61% van de harddruggebruikers is reeds meer dan tien jaar geleden opgepakt (figuur 3). Het bestand van delinquente harddruggebruikers kent dus veel oudgedienden die in ieder geval lang geleden hun eerste delict hebben gepleegd al dan niet in verband met drugverslaving.

Het ligt voor de hand dat tussen de lengte van de delinquente periode en de leeftijd van de delinquent een relatie bestaat. Hoe ouder men is hoe langer de delinquente periode kan hebben geduurd. Onder de oudste etnische groepen harddruggebruikers treffen we dan ook de langste delinquente carrières aan. De door de politie aangehouden Marokkanen en Turken zijn gemiddeld circa zeven jaar jonger (25-27 jaar) dan de andere Hagenaars (32-34 jaar). Nederlanders en Surinamers zijn met een gemiddelde criminele carrière van circa 14 jaar koploper gevolgd door de Antillianen met meer dan tien jaar. Het gemiddeld aantal jaren dat delicten zijn gepleegd door Marokkanen, Turken en overige allochtonen is veel korter en varieert tussen de zes en acht jaar.

Het aandeel langdurige delictplegers (meer dan tien jaar delicten gepleegd) is in de PV-groep (69%) groter dan in de PP-groep (52%) (figuur 3). Eenzelfde dan wel een langere delinquente carrière onder de PV-groep treffen we aan bij alle etnische groepen.

#### Jaarbegin delinquente periode

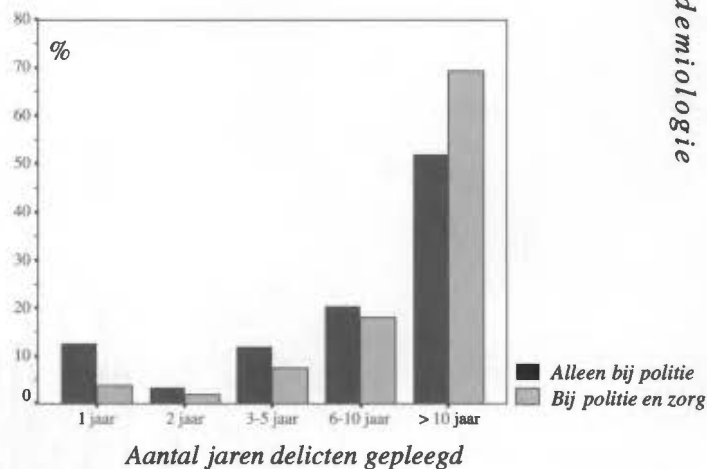
4% pleegde het eerste delict reeds voor 1970, één op de drie tussen 1970 en 1979 en bijna de helft tussen 1980 en 1989.

Interessant is hierbij de uitsplitsing naar etnische groep (figuur 4a tot en met 4b, zie pagina 28). De 'bulk' van de huidige delinquente Nederlandse en Surinaamse harddruggebruikers pleegde tussen 1975 en 1985 het eerste delict. Degenen die voor 1970 startten zijn nagenoeg uitsluitend autochtonen.

De kortere gemiddelde delinquente carrière van de Marokkanen en Turken weerspiegelt zich in een verdeling die scheef is in de richting van het recentere verleden (ook bij de Antillianen is dit enigszins het geval). Het onderscheid tussen de

### figuur 3

Haagse harddruggebruikers bekend bij politie naar aantal jaren delicten gepleegd per onderzoeksgroep. Den Haag 1993-1995.

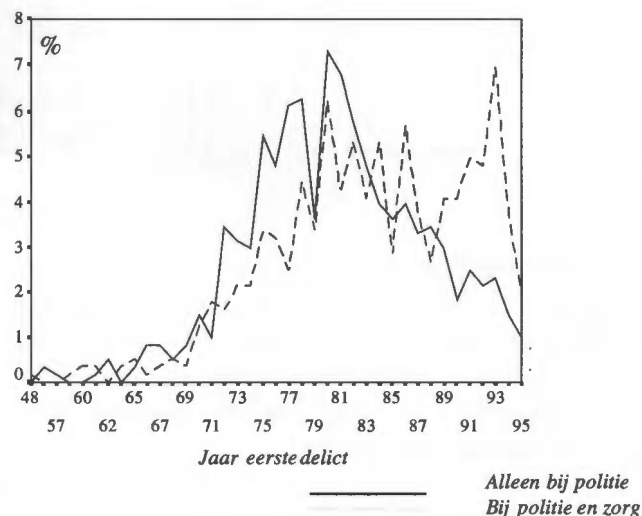


etnische groepen onderling laat zich niet alleen verklaren door verschillen in verblijfsduur. De eerste generaties Turkse en Marokkaanse gastarbeiders vestigden zich hier immers niet later dan de Surinamers en Antillianen. De relatief jonge leeftijd van de huidige Marokkaanse en Turkse harddruggebruikers duidt er op dat het harddruggebruik pas opgang heeft gemaakt onder de tweede generatie van deze bevolkingsgroepen.

De verdeling van het eerste delictjaar voor de PP- en PV-groep is in overeenstemming met de gemiddeld langere delinquente carrière van de PV-groep.

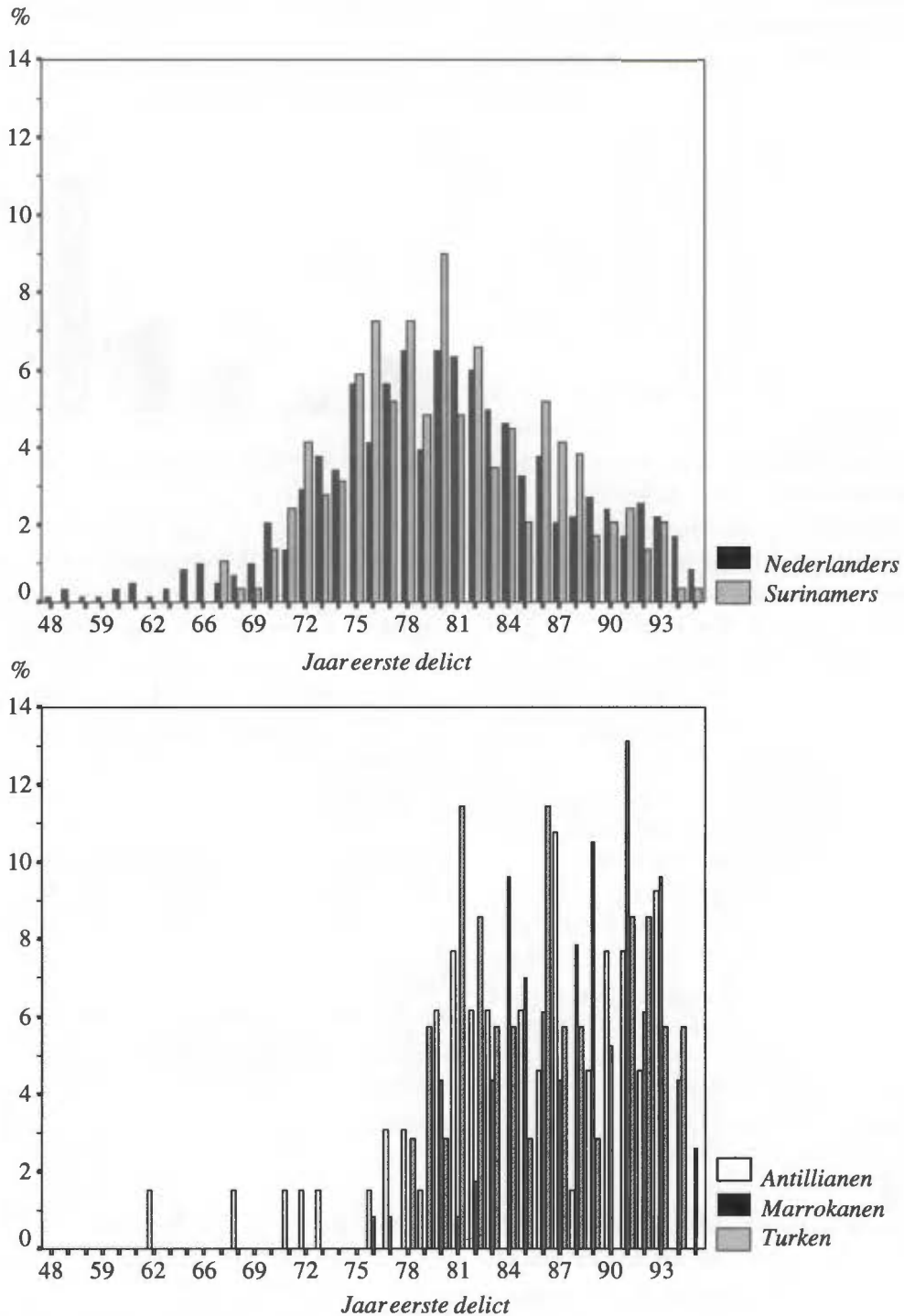
### figuur 5

Haagse harddruggebruikers bekend bij politie naar jaar eerste delict per onderzoeksgroep. Den Haag 1993-1995.



**figuur 4ab**

Haagse harddruggebruikers bekend bij politie naar jaar eerste delict per etniciteitsgroep.  
Den Haag 1993-1995.



Vooraf onder deze delinquenten in zorg zien we na 1985 veel minder 'starters' (figuur 5). Dit patroon wijst erop dat harddruggebruikers pas na enige tijd van crimineel gedrag 'aankloppen' bij verslavingszorginstellingen of een justitiële verwijzing naar deze zorginstellingen krijgen.

**Aantal aanhoudingen**

In de onderzoeksperiode zijn de 1.167 delinquent harddruggebruikers 9.448 maal door de politie aangehouden. Dit beslaat circa een derde van het totaal aantal aanhoudingen die in Den Haag gedurende de jaren 1993-1995 hebben plaatsgevonden (3).

We zien een grote spreiding in het aantal aanhoudin-

gen per delinquente harddruggebruiker: van 1 tot 56 aanhoudingen. Een klein deel vertoont zeer veelvuldig delinquent gedrag. Zo nemen 46 harddruggebruikers (4%) 20% van de druggerelateerde aanhoudingen voor hun rekening!

De Turken zijn het minst frequent aangehouden: gemiddeld vijf keer. De Antillianen, Marokkanen en Nederlanders voeren de boventoon met gemiddeld negen.

Vergelijken we de PP- en PV-groep met elkaar dan zien we duidelijke verschillen in het gemiddelde aantal aanhoudingen in de onderzoeksperiode: PV-groep tien en PP-groep zes. Een dergelijke verdeling zien we ook consistent terug bij alle etnische groepen. Dit betekent dat harddruggebruikers met frequenter crimineel gedrag vaker bij de verslavingszorginstellingen bekend waren.

De delictplegers in de periode 1993-1995 zijn ook getypeerd naar aantal aanhoudingen gedurende hun hele delinquente periode.

De meeste mannelijke en vrouwelijke harddruggebruikers hebben zich al schuldig gemaakt aan vele strafbare feiten en kunnen als routinier (11-50 aanhoudingen) worden getypeerd of behoren tot de veelplegers (> 50 aanhoudingen). Zo heeft respectievelijk drie kwart inmiddels meer dan tien aanhoudingen achter de rug en een vierde zelfs meer dan vijftig. Beginners (1-2 aanhoudingen) zijn er weinig (6%), ze behoren al snel tot de doorstromers (20%: tussen de drie en tien keer aangehouden).

Bij het beschouwen van de verschillen tussen de etnische groepen speelt vooral de verblijfsduur als tijdselement een belangrijke rol.

Tot de veelpleger behoort een derde van de Nederlanders en een vijfde van de Surinamers en Antillianen. Van de (tweede generatie?) Marokkanen en Turken en de overige niet-Nederlanders behoort navenant een kleiner deel tot de veelplegers (respectievelijk 10%, 3% en 5%).

In de PP-groep zien we in relatie tot de PV-groep meer beginners (respectievelijk 10% en 3%), meer doorstromers (26% en 14%), ongeveer evenveel routiniers (circa 50%) en minder veelplegers (15% en 33%). Dit past bij het eerder geconstateerde beeld dat harddruggebruikers in de PP-groep in het algemeen een kortere delinquente periode achter de rug hebben.

De groep veelplegers bestaat uit 281 harddruggebruikers. Het overgrote deel is van Nederlandse afkomst (69%), op ruime afstand gevolgd door de

Surinamers (21%). De andere etnische groepen maken samen 10% uit van deze groep.

#### *Aard criminaliteit*

Harddruggebruikers worden vooral aangehouden in verband met vermogensdelicten (zoals diefstal, heling en afpersing). Gemiddeld hebben ze gedurende hun hele delinquente periode 47 vermogensdelicten bekend (PV-groep 60; PP-groep 33).

De andere soorten delicten scoren beduidend minder hoog. Per delinquente gebruiker zijn er gemiddeld vijf agressieve delicten geregistreerd, één verkeersdelict, één drugsdelict (overtreding opiumwet) en één vuurwapendelict. Hierbij constateren we nauwelijks verschillen tussen de PP- en de PV-groep.

#### *Slot*

Met dit onderzoek is aan de hand van *bestaande* registratiesystemen over een beperkte tijdsperiode de zorgconsumptie van en de politiebemoeienis met de Haagse harddruggebruiker in kaart gebracht. De opzet van de registratiesystemen bepaalde voor een belangrijk deel de beschikbare en vooral de vergelijkbare informatie. Dit 'dwarsdoorsnede'-design en de aard van de informatie maken het trekken van oorzakelijke conclusies onmogelijk. Echter wanneer ten behoeve van strategische monitoring inzicht wordt gevraagd in de dynamiek van de aard en de omvang van de Haagse populatie druggebruikers die door de zorginstanties en de politie in Den Haag worden gezien dan is herhaling van dit onderzoek zinvol. Voor inzicht in de effectiviteit van de zorgintensiteit en van de politionele bemoeienis is andersoortig kwantitatief onderzoek nodig, aangevuld met kwalitatieve methoden.

#### Literatuur:

1. Nota Aanpak drugproblematiek in Den Haag. Gemeente Den Haag, Den Haag, december 1995.
2. Bieleman B, Snippe J, Bie E de. Drugs binnen de grenzen: harddrugs en criminaliteit in Nederland, schattingen van de omvang. IntraVal, bureau voor onderzoek en advies. Groningen-Rotterdam, juli 1995.
3. Statistieken Politie Haaglanden. Centraal Bureau voor de Statistiek. Heerlen/Voorburg, 1997.

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

---

## Voorlichting

---

### **Bundel 'Palliatieve zorg, kwaliteit in de laatste levensfase'**

Het Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ) stelde een bundel samen onder de titel 'Palliatieve zorg, kwaliteit in de laatste levensfase'. Lezingen, artikelen en gedichten belichten verschillende kanten van de zorg voor ongeneeslijk zieken en hun naasten. De door Paula Matla samengestelde inhoud zet aan tot nadenken en vormt zo een uitnodiging voor verdieping van het werk van de terminale zorg.

Palliatieve zorg is zorg voor ongeneeslijk zieken die gericht is op het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven, met aandacht voor fysieke, psychische, sociale en spirituele aspecten. Belangrijk bij deze vorm van zorg is dat professionele hulpverleners, vrijwilligers en naasten van de patiënt samenwerken, elkaar aanvullen en ondersteunen. De patiënt is hierbij een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner.

De verschillende artikelen in de bundel illustreren de kernbegrippen van palliatieve zorg: autonomie, empathie, communicatie en multidisciplinaire samenwerking. Aan bod komen: het belang

van respect voor de eigenheid van de patiënt, de kunst van de juiste houding bij het ondersteunen van stervenden, valkuilen in de communicatie met ongeneeslijk zieken en de rol van de culturele achtergrond. Ook zijn er artikelen over praktische mogelijkheden om de patiënt bij te staan met zorg, gericht op verzachting van lichamelijk en geestelijk leed. Achterin staan nuttige adressen en literatuursuggesties.

Door de diversiteit in de onderwerpen is de bundel interessant en nuttig voor verschillende groepen: mensen die een opleiding volgen of werkzaam zijn in de verpleging of verzorging en mensen die op andere wijze, beroepsmatig of persoonlijk, met stervenden of nabestaanden te maken hebben.

De bundel is te bestellen bij Landelijk Steunpunt VTZ, tel. 030 - 659 62 66; fax: 030 - 659 62 99. Kosten f. 20,30 (inclusief portokosten).

### **Landelijk Reuma Informatie Centrum**

Op 16 februari opende het Nationaal Reumafonds het landelijk Reuma Informatie Centrum (RIC), waar iedereen persoonlijk of telefonisch terecht kan met vragen over reuma en reumabestrijding. Het RIC is gevestigd in het Jan van Breemen Instituut, centrum voor reuma en revalidatie, Jan van Breemenstraat 2 te Amsterdam.

Het Informatiecentrum is geopend op werkdagen van 09.00-17.00 uur en is telefonisch bereikbaar van 10.00-16.00 uur. Belangstellenden kunnen desgewenst ook via fax of via Internet met het RIC contact opnemen. Tevens kan men ter plaatse terecht voor informatie en voorlichtingsmateriaal of voor het boeken van aangepaste vakantiereizen. Bovendien worden aan de balie kleine hulpmiddelen voor reumapatiënten verkocht.

Specifieke patiëntenvoorlichting - door patiënten voor patiënten - zal worden verzorgd door de Reumapatiëntenbond.

---

## Symposium

---

### **Studiedag**

Op 13 mei 1998 wordt, in samenwerking met het Julius Centrum voor patiëntgebonden onderzoek (Universiteit Utrecht), door Maisson Gaspard de Coligny een studiedag georganiseerd met als thema 'vervaging intra- en extramuraal'.

Op de studiedag worden 's morgens de resultaten van het onderzoek naar de functionele scheiding van wonen, zorg en welzijn gepresenteerd en zullen inleiders vanuit hun eigen invalshoek re-



flecteren op het thema van de dag. 's Middags zullen in een zestal workshops de verbindingen naar de praktijk worden gelegd. In de workshops worden niet alleen praktijkvoorbeelden gepresenteerd, maar worden de deelnemers uitdrukkelijk uitgenodigd hun eigen ervaringen, opvattingen en denkbeelden met elkaar uit te wisselen. Het symposium vindt plaats in het gebouw van de Haagse Hogeschool.

De deelnemersprijs bedraagt per persoon f. 295,-.

Organisatie: Mw. G. Koekkoek, beleidsmedewerker Maison Gaspard de Coligny, 070 324 43 33.

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 32 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit maartnummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het vierde kwartaal 1997.

Van de 2 gemelde febris typhoidea-patiënten liep 1 patiënt de besmetting op tijdens vakantie in Indonesië. De andere patiënt kreeg de besmetting na het eten van

voedsel dat was meegebracht door familie uit Indonesië.

De aangegeven brucellosis-patiënt had tijdens verblijf in India verse (niet-gepasteuriseerde of gesteriliseerde) melk gedronken.

Alle 7 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten werden in het buitenland besmet, o.a. in Pakistan, India, Marokko, Bolivia, Zaire, Nicaragua.

Van de 38 aangegeven hepatitis A-patiënten liepen verschillende patiënten hun besmetting op in het buitenland. Verder werden patiënten besmet via gezinsleden en in een enkel geval mogelijk via school. Aan vele gezinsleden werd gamma-globuline gegeven.

Van de 6 gemelde hepatitis B-patiënten werden 2 patiënten besmet via seksuele contacten. Bij de andere patiënten bleef de bron onbekend. Er werden bij verschillende partners en/of gezinsleden in overleg met de huisartsen controles verricht op hepatitis B om zonodig actie te kunnen ondernemen of te adviseren.

De aangemelde legionella pneumonie-patiënt werd besmet in een vakantiehuisje in Spanje. De GHI werd geïnformeerd.

Er werden 2 leptospirosis-patiënten gemeld, waarvan 1 patiënt werd besmet door het zwemmen in een rivier in Thailand.

Er werden 3 malaria-patiënten gemeld, waarvan 2 met Plasmodium falciparum en 1 met P. ovale. De besmettingen werden opgelopen in respectievelijk Nigeria en Ghana.

1 Patiënt bleek geen malaria profylaxe te hebben genomen.

Er werd 1 ornithosis-patiënt gemeld. De Veterinaire Inspectie werd hierover geïnformeerd.

Er werden 70 pertussis-patiënten gemeld. De meeste kinderen waren gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. 6 Pa-

tiënten vielen in de leeftijdsgroep van 50-65 jaar.

De aangegeven Q-koorts-patiënt was waarschijnlijk tijdens vakantie in Syrië of Jordanië besmet.

Van de 52 gemelde scabies-patiënten lag de bron van de besmetting voornamelijk in het buitenland, o.a. in Turkije, Marokko, Suriname, Somalië, Irak, Iran. De meeste besmettingen vonden plaats in de gezinssituatie.

De 6 gemelde voedselinfectie-patiënten waren allen ziek geworden na het eten van kip, waarvan de bereiding thuis had plaatsgevonden.

## Erratum

In het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin is in de intro van het artikel 'communicatie tussen huisartsen en migranten: groepsgewijze dialoog als methode' ten onrechte de suggestie gewekt dat de methode ter verbetering van het contact tussen huisarts en migrant gebaseerd is geweest op een werkwijze van de GGD Rotterdam; dit moet zijn de GGD Nieuwe Waterweg Noord.

Aan deze rubriek werkten mee:

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

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

Mw. R.A. Wijnbelt;

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

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

korte berichten

| Bron                           | Besmettingsweg                | Ziekte                       | Den Haag | West Hol-land | Rijs-wijk | Tot. regio | 1e kw regio | 2e kw regio | 3e kw regio | 4e kw regio |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------|---------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                |                               |                              | 1997     | 1997          | 1997      | 1997       | 1997        | 1997        | 1997        | 1997        |
| mens                           | inhalatie                     | difterie (B)                 |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | lepra (B)                    |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | meningococcosis (B)*         | 11       | 4             |           | 15         | 5           | 6           | 1           | 3           |
|                                |                               | morbilli (B)                 | 1        |               |           | 1          |             |             | 1           |             |
|                                |                               | (atyp.) pertussis (B)**      | 191      | 94            | 6         | 291        | 40          | 66          | 87          | 98          |
|                                |                               | rubella (B)                  |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | tuberculosis (B)             | 84       | 14            |           | 98         | 29          | 28          | 16          | 25          |
|                                | parotitis epidemica (C)       | 3                            | 2        |               | 5         |            | 1           | 3           | 1           |             |
|                                | seksueel contact              | gonorrhoea (C)               | 62       | 3             |           | 65         | 19          | 6           | 25          | 15          |
|                                |                               | syfilis prim./sec. (C)       | 19       | 1             |           | 20         | 10          | 1           | 5           | 4           |
|                                |                               | syfilis congenita (C)        |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                | seksueel cont./bloed          | hepatitis B(B)1              | 24       |               |           | 24         | 10          | 5           | 3           | 6           |
|                                |                               | HIV-infectie/Aids (1)***     | 34       |               |           | 34         | 3           | 1           | 4           | 26          |
|                                | faecaal/oraal                 | poliomyelitis (A)(2)         |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | hepatitis A (B)(3)           | 122      | 7             | 3         | 132        | 40          | 30          | 19          | 43          |
|                                |                               | dysenteria bacillaris (B)(3) | 18       | 10            |           | 28         | 3           | 8           | 7           | 10          |
|                                | huid/kleding/bed              | scabies (B)(4)               | 147      |               |           | 147        | 42          | 10          | 43          | 52          |
| dier                           | inhalatie (faecaal materiaal) | ornithosis/psittacosis (B)   | 4        | 1             |           | 5          | 1           | 1           | 1           | 2           |
|                                |                               | Q-koorts (B)(5)              | 1        |               |           | 1          |             |             |             | 1           |
|                                | insektebeet                   | lassakoorts (A)(6)           |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | febris recurrens (B)         |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | gele koorts (B)              |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | malaria (B)                  | 18       | 1             |           | 19         |             | 5           | 10          | 4           |
|                                |                               | typhus exanthematicus (B)    |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                | beet/speeksel                 | rabies (A)                   |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | pest (A)                     |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                | aanraking                     | anthrax (B)                  |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | tularemia (B)                |          |               |           |            |             |             |             |             |
| brucellosis (B)(5)             |                               | 1                            |          |               | 1         |            |             |             | 1           |             |
| omgeving                       | inhalatie                     | legionella pneumonie (B)     | 1        |               |           | 1          |             |             |             | 1           |
|                                | consumptie                    | cholera (B)                  |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | trichinosis (B)              |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               | voedselvergiftiging (B)      | 13       | 4             |           | 17         | 7           | 1           | 3           | 6           |
|                                |                               | febris typhoidea (A)         | 2        |               |           | 2          |             |             |             | 2           |
|                                |                               | paratyfus B (B)              |          | 2             |           | 2          |             |             | 2           |             |
|                                | botulisme (B)(7)              |                              |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                | contact (water/grond/dier)    | leptospirosis (B)            | 2        |               |           | 2          |             |             |             | 2           |
| wondcontact (water/grond/beet) | tetanus (B)                   |                              |          |               |           |            |             |             |             |             |
| <b>totaal</b>                  |                               |                              |          |               |           |            |             |             |             |             |
|                                |                               |                              | 724      | 143           | 9         | 876        | 206         | 168         | 226         | 276         |

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding

\* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

\*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis

\*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddegoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

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

(7) ook wondbesmetting