



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

*Geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische patiënten
Voorzieningen voor 'buitenlopers' in Den Haag
Medisch spreekuur voor straatprostitueés*

epidemiologie

Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd

korte berichten

*jaargang 33, 1998
nummer 2*

Colofon

Juni 1998

33ste jaargang nr. 2

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, GGD Den Haag

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

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

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

GGD Den Haag

drs. E. Pieters, Riagg Noordhage

prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag

mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),

GGD Den Haag

m.m.v. 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, leidinggevend, 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

Redactioneel

Het beleidsprogramma 1998-2002 van de
Gemeente Den Haag

1

Volksgezondheid

- Vereende krachten, gedeelde lasten
Geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische
patiënten thuis in Den Haag
Mw. G.H. de Weert-van Oene, Mw. F.L. van Leeuwen,
Mw. A. Bink, Mw. A. van Haastrecht en A.J.P. Schrijvers 3
- Voorzieningen voor 'buitenlopers' in Den Haag
Mw. E. Salverda 9
- Medisch spreekuur voor straatprostituées in een
huiskamerproject in Den Haag
W.J.O. Beaumont 15

Epidemiologie

- Veel genot en wijsheid?
Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (I)
B.J.C. Middelkoop, M.R.J.M. Fengler, en
Mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats 20

Korte berichten

27

Redactioneel

Het Beleidsprogramma 1998-2002 van de Gemeente Den Haag

*Onlangs is in de gemeente Den Haag een nieuw gemeentebestuur aangetreden. Het nieuwe College van Burgemeester en Wethouders zal zijn werkzaamheden voor de komende vier jaren verrichten op basis van het Beleidsprogramma 1998-2002 (1). De accenten die zijn gelegd op de terreinen 'welzijn', 'zorg' en 'volksgezondheid' zullen de komende jaren de gemeentepolitieke inzet op het gebied van public health *) bepalen.*

De redactie beschouwt deze beleidsaccenten als relevante informatie voor de lezers van dit Bulletin en stelt daarom in dit redactioneel de hoofdlijnen en de meest relevante citaten aan de orde.

Het gemeentebestuur hecht aan een actieve rol op de gebieden welzijn en gezondheid en wil met name de aandacht gericht houden op achterstandsgroepen: 'Voor de kwaliteit van het leven in de stad is een actief en stimulerend beleid op het gebied van welzijn en zorg van bijzondere betekenis. Voor de gemeente, de overheid die het dichtst bij de burger staat, liggen hier belangrijke taken, die inzet van veel mensen en middelen rechtvaardigen. Elke burger mag de gemeente hierop aanspreken, maar de gemeente zal op de eerste plaats de aandacht richten op relatief omvangrijke groepen in achterstandssituaties.'

De problematiek van volksgezondheid wordt in een stad als Den Haag in de openbaarheid ('op straat') zichtbaar vanwege de 'achterstand in geestelijke volksgezondheid', die grote steden kenmerkt. De problematiek van drugsverslaving, dak- en thuislozen en (ex-)psychiatrische patiënten vertoont zich in haar sociaal meest gederailde vormen op straat. Als zodanig vormt de straat als het ware het 'venster op de geestelijke volksgezondheid' in de stad.

Van origine liggen de taken van de gemeente - ook op het terrein van de volksgezondheid - primair in het publieke domein. Logischerwijs legt het gemeentebestuur daarom beleidsaccenten op de 'cure' en 'care' van problemen met openbare accenten.

De gemeente acht echter de opvang van sociaal gemarginaliseerden alleen onvoldoende. Ze stelt dan ook: "De nieuwe aanpak voor de doelgroepen dak- en thuislozen, (ex-)verslaafden, (ex-)gedetineerden en (ex-)psychiatrische cliënten onder de noemer 'maatschappelijk herstel' moet worden geïntensiveerd, om deze doelgroepen weer perspectief te bieden." 'Uitbreiding en structurele inbedding van de maatschappelijke opvang is geboden ... in het bijzonder de zorgdakcontracten (het bieden van woonruimte inclusief begeleiding).'

In het kader van de achterstand in geestelijke volksgezondheid en de consequenties hiervan voor de stad wordt verder gezegd dat: 'voor de druk op sociaal medische voorzieningen, de leefbaarheid en de veiligheid in de stad ... de gemeente samen met particuliere instellingen moet werken aan de opvang en terugleiding van mensen naar een normaal en gezond leven.' ... 'werk en het komen tot maatschappelijk herstel zijn van essentieel belang.' ... 'de inmiddels in de stad functionerende signaleringsoverleggen (waarin alle belangrijke groepen en instellingen zijn vertegenwoordigd) zijn hiervoor van grote waarde.'

Drugverslaving, van nature een thema met indringende openbare aspecten, staat eveneens in de belangstelling van het gemeentebestuur. Het gemeentebeleid accentueert met betrekking tot dit thema enerzijds: 'het aanbieden van zorg en maatschappelijk herstel' ... anderzijds: 'een helder dwang- en drangtraject.'

*) Onder public health wordt verstaan het creëren van maatschappelijke voorwaarden, die mensen in staat stellen, een optimaal niveau van gezondheid te handhaven. Werken aan public health impliceert het werken aan een behoeftegerichte, effectieve, dichtbij de leefwereld van mensen staande gezondheidszorg en het verbeteren van bestaansvoorwaarden voor gezondheid (sociaal, fysiek en cultureel).

In het kader van de bestrijding van overlast vindt ze verder: 'samenwerking tussen bewoners, zorg, politie en justitie en gebruikers onontbeerlijk.' ... en moeten 'projecten als Tyfoon, die hierop zijn geënt, daarom een goede basis krijgen.'

Maar naast de aandacht voor de 'cure' en de 'care' van gezondheidsproblemen, die zichtbaar worden in het venster geeft het gemeentebestuur ook aan samen met hulpverleners en instellingen achter het venster te willen werken aan de 'preventie' van vermijdbare gezondheidsproblematiek. Dit wil ze doen door nieuwe bij de huidige tijd passende effectieve antwoorden van zorg en preventie (zorgvernieuwing) in de stad te realiseren. Onder andere door zorg en preventie dichterbij mensen en hun dagelijkse leefwereld te brengen kunnen veel gezondheidsproblemen in een vroeg stadium en onder werkzaamheid van betrokkenen zelf worden opgepakt. Hiervoor is - zo vindt het college - een nieuwe, gebiedsgerichte aanpak nodig.

Onder het hoofdstuk volksgezondheid wordt vanuit dit perspectief onder meer het volgende gesteld: 'voor een preventieve aanpak van ongezondheid en sociale problematiek is in de centrumwijken van de stad ervaring opgedaan met een kleinschalige werkorganisatie: de STIOM (Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening). Het gaat om een kleine werk- c.q. ontwikkelingsorganisatie, die op schaalgrootte van een stadsdeel als eerstelijns-organisatie veel verbeteringen heeft bewerkstelligd in de gezondheids- en welzijnszorg.' 'Analoog aan het STIOM-concept voor het Centrum zullen er in Regentesse/Valkenboskwartier, Laak en Zuid-West kleine slagvaardige werkorganisaties ontstaan, waarin de meest essentiële zorginstanties afspraken maken om te komen tot een betere afstemming ten behoeve van de patiënt/cliënt.'

Uit de gepresenteerde accenten spreekt verder onder meer bezorgdheid voor de kwaliteit van het bestaan van ouderen en gehandicapten in Den Haag. Zo wordt in dit verband onder meer gesteld: 'ouderen moeten in staat worden gesteld om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen.' 'De zorgverlening aan ouderen moet maximaal toegankelijk zijn.' 'De vorming van één loket voor de toegang tot thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, voorzieningen voor gehandicapten en aanleunwoningen zal worden afgerond.'

Het voormalige Beleidsprogramma 1994-1998 gaf vooral blijk van aandacht voor ouderenzorg, maatschappelijke opvang, dwang- en drangbeleid met betrekking tot drugverslaving en preventie van alcohol- en gokverslaving. De huidige zorgparagraaf van het programma legt ook duidelijke accenten op de verbetering van maatschappelijke voorwaarden voor public health, waaronder de vernieuwing van gezondheidszorg. Daarnaast gaan de huidige voornemens gepaard met het beschikbaar stellen van financiële middelen om daadwerkelijk te kunnen investeren in de Haagse volksgezondheid.

De beleidsaccenten die de komende vier jaren worden gelegd, dekken uiteraard niet alle bestaande of voorgenomen gemeentelijke bemoeienissen op het terrein van volksgezondheid en welzijn. En het aandeel dat de particuliere sector hierin levert blijft in dit programma geheel buiten beschouwing. Niettemin valt uit het programma op te maken, dat het gemeentebestuur van Den Haag op essentiële ontwikkelingen van 'cure', 'care' en 'preventie' van gezondheid in samenwerking met andere partners in toenemende mate een rol van medeontwikkelaar wil spelen. Waar nodig en passend bij eigentijdse taken van de lokale overheid op het terrein van public health wil ze ook (een aandeel in) de regiovoering op zich nemen.

De redactie

Literatuur:

1. Beleidsprogramma 1998-2002 van het Gemeentebestuur Den Haag, Den Haag, 23 april 1998.

Vereende krachten, gedeelde lasten

Geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische patiënten thuis in Den Haag

*Mw. G.H. de Weert-van Oene, Mw. F.L. van Leeuwen, Mw. A. Bink,
Mw. A. van Haastrecht en A.J.P. Schrijvers*

Doordat meer mensen oud worden en ouderen steeds ouder worden neemt de prevalentie van dementerenden in Nederland sterk toe. Deze patiënten vragen echter om een uiterst complexe vorm van zorg, waarin 'de centrale verzorger' het draaipunt zou moeten zijn.

Vraag is echter bij wie die centrale verzorger terecht kan en hoe lang hij of zij het zelf volhoudt.

Een aantal zorginstellingen in Escamp zag in 1994 de ernst van de situatie in en begonnen een project voor geïntegreerde psychogeriatrische zorg.

Inderdaad bood de centrale positie van een casemanager een meetbare meerwaarde, maar niet duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid heeft in een dergelijke nieuwe structuur.

De laatste jaren zien we - in absolute aantallen - een toename van de prevalentie van dementie in ons land. Momenteel is deze prevalentie ruim 100.000 en volgens de prognose van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne zal deze toenemen naar 142.400 in 2010 (1). Dit betekent dat in dat jaar 5% van de personen van 65 jaar en ouder aan deze ziekte lijdt.

In de thuissituatie van psychogeriatrische patiënten ontstaan dikwijls complexe zorgsituaties: de patiënt heeft van verschillende zijden hulp nodig. Zowel professionele als informele zorg staan hierbij onder druk en zijn vaak niet in staat voldoende te helpen. Dikwijls wordt informele zorg verleend door de partner van de patiënt, die zelf ook al ouder is. Wanneer er geen partner (meer) is, kan in sommige gevallen slechts in bescheiden mate informele zorg worden gegeven. Afstemming van de zorg die door professionele en informele hulpverleners wordt geboden, is in deze complexe zorgsituaties noodzakelijk maar ontbreekt nogal eens. Voor de centrale verzorger ¹⁾ zie volgende pag., de belangrijkste informele verzorger, betekent de zorg voor de dementerende oudere dikwijls een grote belasting, die niet door iedereen kan worden gedragen (2). Uit onderzoek is dan ook gebleken dat, naast de ernst van de aandoening bij de patiënt, de subjectief ervaren draaglast bij de centrale verzorger van doorslaggevend belang is bij de beslissing tot opname in een verpleeghuis (3).

Over de auteurs:

Mw. G.H. de Weert-van Oene, arts, werkzaam bij Julius Centrum voor Patiëntgebonden onderzoek, Universiteit Utrecht, Mw. F.L. van Leeuwen, sociaal geneeskundige algemene gezondheidszorg, werkzaam bij Thuiszorg Den Haag, Mw. A. Bink, directeur zorg, werkzaam verpleeghuis Sammersbrug Den Haag, Mw. A. van Haastrecht casemanager RIAGG Zuidhage en A.J.P. Schrijvers, hoogleraar, werkzaam bij Julius Centrum voor Patiëntgebonden onderzoek, Universiteit Utrecht.

1) Twee personen staan centraal in de geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische patiënten thuis:

- de centrale verzorger. Hiermee wordt bedoeld op de persoon die het grootste deel van de informele zorg op zich neemt. Dit kan zijn de partner van de patiënt, maar het kunnen - met name indien er geen partner (meer) is - ook andere familieleden zijn (meestal een dochter) of een vriend.
- de casemanager. Dit is de centrale regisseur, de coördinator van alle professionele en informele zorg, die wordt geleverd aan de psychogeriatrische patiënt thuis. Tevens draagt de casemanager zorg voor de begeleiding van de centrale verzorger.

Met name gedragsproblemen (omkering dag-nacht ritme, zwerfgedrag, en dergelijke) en incontinentie spelen daarbij een belangrijke rol.

In 1994 onderkenden enkele zorginstellingen in het Haagse stadsdeel Escamp de ernst van deze problematiek. In dit stadsdeel wonen veel ouderen met psychogeriatrische problematiek (4).

Knelpunten en problemen in de zorgverlening aan deze groep ouderen waren reeds eerder geïnterpreteerd. Het ontbreken van samenhang in de zorg kwam daarin als een belangrijk probleem naar voren. Na een oriëntatiefase besloten RIAGG Zuidhage, Thuiszorg Den Haag en verpleeghuis Sammersbrug een project te starten, waarin geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische patiënten zou worden ontwikkeld.

Dit artikel geeft een beschrijving van het project geïntegreerde psychogeriatrische zorg in het stadsdeel Escamp en het daaraan verbonden evaluatieonderzoek. Vervolgens wordt ingegaan op de daaruit voortvloeiende ontwikkelingen in Den Haag. Afgesloten wordt met een beschouwing.

Het project geïntegreerde psychogeriatrische zorg

Doel van het project was de kwaliteit van de zorg thuis aan psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers in het stadsdeel Escamp te verbeteren. Psychogeriatrische patiënten zouden op deze wijze langer thuis kunnen blijven wonen. Het project richtte zich op de groep psychogeriatrische patiënten thuis met een indicatie voor opname in het verpleeghuis Sammersbrug. Reden voor het kiezen voor deze specifieke doelgroep was dat het gebrek aan samenhang in de zorg voor deze groep mensen met een complexe zorgbehoefte het meest problematisch werd geacht. In de voorbereidingsfase hebben de drie

deelnemende instellingen hun dienstenaanbod voor de doelgroep in functionele termen omschreven. Deze zorgproducten konden vervolgens als bouwstenen dienen voor het per patiënt op te stellen multidisciplinaire zorgplan.

De verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het zorgplan, de bemiddeling en de overdracht naar de verschillende instellingen en beroepsbeoefenaren die in het plan een functie vervullen, alsmede de bewaking en bijstelling van het zorgplan werden centraal geregeld. Voor deze centrale regie stelde het samenwerkingsverband een casemanager aan ¹⁾. Deze was de spil in het totstandkomen van de geïntegreerde zorgverlening aan de patiënt en diens omgeving. Het project geïntegreerde zorg aan psychogeriatrische patiënten liep van mei 1995 tot mei 1996. De belangrijkste veranderingen in de zorgverlening die in het project werden gerealiseerd kunnen als volgt worden benoemd:

- nieuwe zorgproducten kwamen voor psychogeriatrische patiënten thuis ter beschikking. Voorbeelden hiervan zijn activiteitenbegeleiding thuis, hulp thuis op ongebruikelijke tijden;
- het multidisciplinaire zorgplan werd uitdrukkelijk gebaseerd op de behoeften en de mogelijkheden van betrokkene en zijn directe omgeving;
- het totale dienstenpakket van de drie deelnemende organisaties werd per patiënt gecoördineerd door de casemanager, die ook zorg droeg voor de afstemming met de centrale verzorger en de huisarts. Er was dus één aanspreekpunt voor de zorg.

Onderzoek

Het project is door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie (thans: Julius Centrum voor Patiëntgebonden onderzoek) van de Universiteit Utrecht begeleid met een evaluatieonderzoek. De vraagstelling bij dit onderzoek luidde: *welke veranderingen treden op in de loop van het project in de gezondheid en ervaren kwaliteit van leven van patiënten en centrale verzorgers, in de zorgconsumptie en in de ervaren kwaliteit van zorg* ²⁾. Het onderzoek is gefinancierd door de Provincie Zuid-Holland.

De onderzoekspopulatie werd gevormd door de patiënten die instroomden in het project en hun centrale verzorgers (5). De patiënten zijn dementerende ouderen:

- die woonachtig zijn in stadsdeel Escamp;

²⁾ De centrale doelstelling van het project geïntegreerde psychogeriatrische zorg is het aanbieden van samenhangende, kwalitatief hoogstaande zorg aan patiënten met psychogeriatrische problematiek, in de thuissituatie.

Daarvan afgeleide doelstellingen zijn:

- verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënt en centrale verzorger;
- ondersteuning bieden aan de centrale verzorger(s) van de patiënt;
- uitstellen en eventueel voorkomen van opname van de patiënt in een verpleeg- of verzorgingshuis;
- inzichtelijk maken van de financiële consequentie van de substitutie van intramurale zorg naar zorg thuis;
- 'leerproject' voor verdere implementatie van deze vorm van zorg, met name wat betreft de samenwerking tussen de instellingen.

- die bekend zijn bij RIAGG Zuidhage;
- die van de Indicatiecommissie een B-urgentie ('plaatsing binnen zes maanden') hebben gekregen voor opname in een verpleeghuis;
- die op basis van deze indicatie zullen worden opgenomen in psychogeriatrisch verpleeghuis Sammersbrug;
- bij wie de centrale verzorger (en indien mogelijk betrokkene zelf) instemt met de doelstellingen van het project.

Bij de centrale verzorgers zijn twee vragenlijsten afgenomen: een patiëntenlijst en een verzorgerslijst. De patiëntenlijst bevat de volgende deellijsten:

- een algemene lijst voor sociaal-demografische gegevens;
- de Observatieschaal psychogeriatrische patiënten (OPG) (6);
- een zorgconsumptielijst.

De verzorgerslijst bestaat uit de volgende deellijsten:

- algemene lijst voor sociaal-demografische gegevens;
- een vragenlijst voor de ervaren subjectieve gezondheidstoestand (RAND-36) (7);
- een zorgconsumptielijst;
- een vragenlijst voor de ervaren kwaliteit van zorg (KWAZO) (8);
- een project-evaluatielijst voor de exit-interviews.

Deze lijsten zijn twee maal afgenomen: de eerste keer bij de indicatiestelling en dus op het moment van instroom in het project (t=0); de tweede keer aan het einde van de projectfase voor de patiënt (t=1). De projectfase eindigde ofwel door opname in een verpleeghuis (i.c. Sammersbrug), ofwel door de

beëindiging van het project (mei 1996). De centrale verzorgers tekenden voorafgaande aan deelname aan het onderzoek een informed consent.

Onderzoekresultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit 32 patiënten en hun centrale verzorgers. Op t=0 zijn de vragenlijsten bij alle 32 patiënten en hun centrale verzorgers afgenomen. Op t=1 betrof het slechts 23 patiënten en hun centrale verzorgers: 11 patiënten in verband met opname in het verpleeghuis en 12 in verband met de afsluiting van het project. De participatieduur van de overige negen patiënten bij afsluiting van het project was te kort om een tweede meting zinvol te kunnen achten.

De patiëntenpopulatie bestond uit twintig vrouwen en twaalf mannen met een gemiddelde leeftijd van 79 jaar. Ongeveer de helft was gehuwd; de andere helft was meestal verwegd. Op vier na hadden alle patiënten kinderen. Onder de centrale verzorgers bevonden zich 18 vrouwen en 14 mannen. Het waren vooral de partners en de kinderen (beide 41%) die de rol van centrale verzorger vervulden.

Het project is doorlopend bezet geweest door gemiddeld 8,5 patiënten. In de laatste vier projectmaanden zijn er steeds meer dan 12 patiënten geweest. De gemiddelde verblijfsduur van een patiënt in het

tabel 1

Gezondheid van patiënten (n=32), volgens gemiddelde scores op schalen OPG, bij instroom in (t=0) en bij uitstroom uit (t=1) het project.

Den Haag, 1996.

Scores OPG-schalen ^{a)}	t=0 (n=32)	t=1 (n=23)
Adl-functioneren	2,4	1,8
Mobiliteit	3,3	3,0
Bdl-functioneren	1,3	0,7
Incontinentie	3,4	3,2
Oriëntatie	2,4	2,0
Sociaal contact	2,9	2,7
Stemming en storend gedrag	2,9	2,7
(Mantel)zorg door patiënt	0,4	0,4
Mantelzorg door verwanten	2,1	1,5
Gehoor	3,3	2,7

^{a)} Een hogere score op de OPG-schalen weerspiegelt een betere (geobserveerde) gezondheid.

project was 4,5 maanden (het minimum aantal projectdagen per patiënt bedroeg twintig en het maximum aantal 279 dagen: ruim negen maanden). Daarbij dient rekening te worden gehouden met de relatief korte looptijd van het project. Bij afsluiting namen vijf patiënten langer dan zes maanden deel aan het project.

De gezondheidstoestand van de patiënten, zoals gemeten met de OPG (tabel 1) kwam ongeveer overeen met die van dagbehandelingspatiënten van verpleeghuizen (6). Gedurende de tijd die patiënten doorbrachten in het project, ging de gezondheid op alle schalen van de OPG achteruit.

Aan het einde van het project maakten van de 23 exit-patiënten er 13 gebruik van de huishoudelijke hulp en 19 van de verpleging van Thuiszorg (tabel 2). De patiënten kregen gemiddeld 13 uur huishoudelijke hulp en 20 uur verpleegkundige zorg per maand van Thuiszorg. Er waren 18 patiënten die deelnamen aan de nieuwe functie van het project: de dagbegeleiding in het verpleeghuis. Hierbij verblijft de dementerende oudere gedurende de dag in het verpleeghuis waar specifiek op de behoefte van betrokkene afgestemde activiteiten plaatsvinden. Gemiddeld bezochten de patiënten de dagbegeleiding 9,5 maal per maand.

De inzet van de casemanager op $t=1$ bedroeg per patiënt 4,25 uur per maand (spreiding 1,1 uur).

tabel 2

Zorgconsumptie: aantal patiënten dat zorg consumeerde van hulpverleners (n=32) in de maand voorafgaande aan het interview bij instroom in (t=0) en bij uitstroom uit (t=1) het project. Den Haag, 1996.

Zorginstantie	t=0 (n=32)	t=1 (n=23)
Huisarts	20	23
Thuishulp	15	13
Thuiszorg	17	19
RIAGG	27	23
Dagverzorging	7	10
Dagbehandeling	7	7
Dagbegeleiding	0	18
Flankerend beleid	1	2
Zorg- en aanleunwoningen	7	4
Verzorgingshuis	2	0
Pg verpleeghuis	2	4
Ziekenhuis	7	0

Hiervan waren ongeveer drie uur voor niet-patiëntgebonden activiteiten zoals overleg, telefonisch contact e.d. en 1,25 uur voor die activiteiten waarbij er rechtstreeks contact is met de oudere of diens centrale verzorger. Dertien patiënten of centrale verzorgers werden begeleid door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de RIAGG.

De centrale verzorgers scoorden op de RAND-36 op $t=0$ 56 punten bij een te behalen maximum van 100 punten ($> 73 =$ goed; $< 66 =$ slecht) (tabel 3) (7). Op de subschalen sociale rolbeperking en vitaliteit scoorden ze lager dan deze totaalscore en op andere subschalen hoger. Gedurende het project trad een verbetering op in de ervaren gezondheid van de centrale verzorgers: de totaalscore op de RAND-36 was bij afsluiting van het project 11 punten hoger dan bij instroom (i.c. 67).

Blijkens de scores op de KWAZO-lijst en de antwoorden op de evaluatielijst beoordeelden de centrale verzorgers het project over het algemeen positief tot zeer positief. Er wordt melding gemaakt van morele steun en van het feit dat de angst weg is. Negen centrale verzorgers zijn van mening dat de opname kon worden uitgesteld als gevolg van het project. Bij het uitdelen van 'rapport'cijfers voor de kwaliteit van de zorg scoorde de houding van de hulpverleners het hoogst (8,4) en de samenhang in de zorg en de timing van het zorgaanbod het laagst (beide 7,4).

tabel 3

Scores op schalen RAND-36 van centrale verzorgers (n=32) bij instroom in (t=0) en bij uitstroom uit (t=1) het project. Den Haag, 1996

Scores RAND-36 ^{a)}	t=0 (n=32)	t=1 (n=23)
Fysiek functioneren	78	80
Sociaal functioneren	60	70
Psychisch functioneren	58	60
Rolbeperking fysiek	63	81
Rolbeperking sociaal	52	59
Vitaliteit	52	48
Pijn	70	79
Algemene gezondheid	60	63
Totaal	56	67

^{a)} Een hogere score op de RAND-36 schalen weerspiegelt een betere (ervaren) gezondheid

Conclusie

Uit het onderzoek komt het volgende beeld van het project naar voren.

- Voor negen patiënten is het mogelijk gebleken, door het aanbieden van integrale zorg thuis, ondanks een zekere mate van achteruitgang in functioneren opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis uit te stellen.
- Door een geleidelijke opbouw van het contact met hulpverleners en met name met het verpleeghuis (in de functie van dagbegeleiding) groeit, zowel bij de patiënt als bij diens centrale verzorger, een acceptatie van het feit dat opname ooit zal plaatsvinden.
- Het project lijkt te beantwoorden aan de doelstelling de centrale verzorgers meer ondersteuning te bieden bij de zorg voor de patiënt thuis. Voor een aantal centrale verzorgers verbetert tijdens het project de ervaren gezondheid enigermate. Centrale verzorgers ervaren het project als positief en ondersteunend. De casemanager als centraal aanspreekpunt neemt daarbij een belangrijke plaats in.
- Hoewel de samenwerking binnen het project en de functie van casemanager ongetwijfeld hebben bijgedragen tot een betere afstemming van de zorg op de behoefte van de patiënt en diens centrale verzorger, lijkt hierbij toch nog verdere winst te kunnen worden behaald, gezien de rapportcijfers voor de items 'samenhang in de zorg' en 'timing van het zorgaanbod'.
- De mogelijkheden van het zorgaanbod zijn vergroot. Begeleiding thuis van patiënten is één van de extra functies geweest die in dit project konden worden aangeboden. Binnen het kader van dit project bleek het tevens mogelijk de patiënten een aanbod te doen, dat niet was gebonden aan kantooruren, maar ook 's avonds en in het weekend tot stand kwam.
Daarnaast kregen sommige patiënten een vaste hulpverlener toegevoegd, hetgeen de herkenbaarheid verhoogde.

Voortgang na afloop van de projectperiode

Op basis van de ervaringen in de projectperiode en de resultaten van het evaluatie-onderzoek hebben RIAGG Zuidhage, Thuiszorg Den Haag en Verpleeghuis Sammersbrug besloten de in het project ontwikkelde geïntegreerde psychogeriatrische zorg

voort te zetten. De algemene mening was dat deze vorm van zorg voor een aantal psychogeriatrische patiënten een waardevol, al dan niet tijdelijk, alternatief biedt voor opname in het verpleeghuis. Op deze wijze kon een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod worden gerealiseerd dat inspeelt op de behoefte van de psychogeriatrische patiënt en zijn centrale verzorger.

Zo werd er in 1997 gemiddeld aan twintig patiënten geïntegreerde psychogeriatrische zorg geboden. De samenwerking en de samenhang van het aanbod tussen de hulpverleners uit de verschillende instellingen is verder verbeterd en er is een protocol opgesteld voor de werkwijze in het multi-disciplinaire overleg dat de casemanager voorziet.

Daarnaast heeft het samenwerkingsverband gemeend er goed aan te doen de resultaten van het project verder uit te dragen. Zo is met het verpleeghuis Lozerhof inmiddels een soortgelijk project gestart en wordt in samenwerking met enkele andere verpleeghuizen geprobeerd een dekkend netwerk voor de stad Den Haag te realiseren. Het streven is deze alternatieve vorm van zorg in principe in geheel Den Haag beschikbaar te stellen.

Ook van buiten Den Haag is er veel belangstelling voor de in het project ontwikkelde werkwijze.

Beschouwing

De meerwaarde van de geïntegreerde psychogeriatrische zorg lijkt achteraf vooral te zijn gelegen in de centrale positie van de casemanager. De casemanager heeft in de door het project gecreëerde samenwerking toegang tot een breed scala van zorgproducten uit verschillende organisaties en kan in overleg met de centrale verzorger daaruit een zorgplan ontwikkelen dat aansluit op de behoefte van de zorgvrager. Ook voor de hulpverleners is de casemanager als centraal aanspreekpunt werkbaarder. Individuele hulpverleners weten zich gesteund door de gezamenlijke aanpak.

Hoewel er ook een aantal nieuwe zorgproducten aan het zorgaanbod is toegevoegd is de afstemming van de zorg op de behoefte van de patiënt en van diens centrale verzorger naar de mening van betrokkenen toch de belangrijkste winst. Ook de acceptatie door patiënt en centrale verzorger van een eventuele opname in het verpleeghuis is een belangrijk pluspunt van de multidisciplinaire werkwijze in het project.

Een probleem, ook bij de verdere uitbreiding, is dat geen enkele instelling direct verantwoordelijk is voor de groep psychogeriatrische patiënten met een verpleeghuisindicatie die thuis willen blijven. RIAGG en Thuiszorg hebben maar een betrekkelijk belang bij het lang thuis houden van deze ouderen. Wanneer deze patiënten immers in het verpleeghuis worden opgenomen houdt hun zorgverlening op. Ook de huisarts kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor dit totale multidisciplinaire zorgproces omdat hij de mogelijkheden tot aansturing mist. Het verpleeghuis daarentegen is van oudsher eigenlijk alleen verantwoordelijk voor de zorg indien de patiënt daadwerkelijk wordt opgenomen. Met andere woorden de doelgroep van het project past niet in de, in de gezondheidszorg bestaande structuren. Er zijn daarom netwerken nodig van samenwerkende instellingen die gezamenlijk de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de zorg aan deze groep mensen. Niet de vraag welke instelling welke zorg levert staat centraal, maar hoe aan de zorgvraag van de patiënt en zijn centrale verzorger het beste tegemoet kan worden gekomen. Het leren werken in een vraaggericht zorgsysteem is ook voor alle deelnemende instellingen een belangrijk positief effect geweest van het project.

Een andere vraag die het project oproept is, in hoeverre de ontwikkelde werkwijze ook voor andere doelgroepen met een complexe zorgvraag toepasbaar is. In de geestelijke gezondheidszorg is reeds op vele

plaatsen ervaring opgedaan met casemanagement als coördinatiemechanisme. In de somatische zorg zijn de ervaringen daarmee nog gering. Toch lijkt ook daar de behoefte soms aanwezig en zou het aanbeveling verdienen daaraan een nadere uitwerking te geven.

Literatuur:

1. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Sdu Uitgeverij, Den Haag 1993.
2. Pot AM. Caregivers' Perspectives: a Longitudinal Study on the Psychological Distress of Informal Caregivers of Demented Elderly. Proefschrift, Amsterdam 1996.
3. Ekkerink J. Het beloop van dementie bij ouderen in het verpleeghuis. Proefschrift, Nijmegen 1994.
4. Ter Haar. Rapportage van de werkgroep Extramuraal Zorg aan psychogeriatrische patiënten en voorstel voor een experiment. Den Haag 1995.
5. Weert-van Oene GH de, Meijden WKD van der, Halsema JAM en Schrijvers AJP. Vereende krachten, gedeelde lasten. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Utrecht 1996.
6. Duine TJ, Peters HJM en Cobussen JG. Observatieschaal voor psychogeriatrische patiënten. Swets Zeitlinger BV.: Lisse 1991.
7. Zee KI van der en Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. Een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen 1993.
8. Gebaseerd op: Post MWW, et al. Kwaliteit van de zorgverlening: het patiëntenperspectief. Kwaliteit en Zorg 1993; 1, nr 1.

Geïnteresseerden kunnen het onderzoeksverslag 'Vereende krachten, gedeelde lasten' opvragen bij het Julius Centrum voor 'Patiëntgebonden Onderzoek, Postbus 80 035, 3508 TA Utrecht. (tel.: 030 - 253 81 30)

Voorzieningen voor 'buitenlopers' in Den Haag

Mw. E. Salverda

'Buitenlopers' worden graag voorzien van een bord eten, een warme drank, een praatje en een bed, maar preferen boven alles hun anonimiteit.

De voorzieningen moeten dus laagdrempelig zijn en zo zijn er verscheidene in Den Haag.

Een beschrijving van de dagelijkse realiteit in drie van die centra, eind vorig jaar.

Intensieve aandacht voor de groep waar het hier om gaat is van groot belang, om de eenvoudige redenen dat zwervers in het dagelijkse straatbeeld niet meer zijn weg te denken.

Buitenlopers hebben geen vaste verblijfplaats, ze leven op straat. Onder hen bevinden zich dak- en thuislozen ¹⁾ zie volgende pag. Om in hun primaire behoeften, zoals een bord warm eten, een (warme) drank, een bed en/of een praatje te voorzien, zoeken buitenlopers veelal de laagdrempelige voorzieningen op in de stad waar hen niet van alles wordt gevraagd en waar men weinig eisen stelt, zodat ze anoniem kunnen blijven. Den Haag kent verschillende laagdrempelige voorzieningen voor buitenlopers, te weten de Soepbus (Kesslerstichting), het Diensten-centrum (Leger des Heils) en het Passantenverblijf (Kesslerstichting).

Dit artikel geeft een beschrijving van deze voorzieningen en van de dagelijkse praktijk, zoals die zich eind vorig jaar voordeed. Hiertoe zijn leidinggevenden, uitvoerenden en maatschappelijk werkers van de voorzieningen geïnterviewd.

Omdat laagdrempeligheid en cliëntregistratie moeilijk samengaan is weinig bekend over het feitelijke gebruik van deze voorzieningen en over de kenmerken van de dak- en thuislozen die er gebruik van maken. Echter om adequaat op de behoeften en eventuele hulpvragen te kunnen inspelen is het uiteraard wel belangrijk kennis te hebben van deze groep mensen en te weten wat ze graag zouden willen en wat hiervoor nodig is.

Aan de raadscommissie voor Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie is vorig jaar in de beleidsnotitie 'De Haagse Maatschappelijke Opvang in de Toekomst' toegezegd dat een begin zal worden

Over de auteur:

Mw. E. Salverda, wetenschappelijk medewerker, afdeling Epidemiologie, GGD/Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn in Den Haag.

1) Daklozen hebben geen huis vanwege een acuut probleem. Dit probleem ligt in wezen buiten de persoonlijkheid van betrokkene. Iemand wordt dakloos door omstandigheden. Het kan iedereen overkomen. Een dakloze is in principe in staat zelfstandig te functioneren en te wonen. Hij of zij beschikt over een sociaal netwerk, waarop in stress-situaties een beroep kan worden gedaan.

Thuislozen zijn mensen die geen innerlijke rust hebben, en die de sociale vaardigheden missen om zich zelfstandig te handhaven. Ze beschikken niet over het sociale vangnet dat iedereen nodig heeft om zich te handhaven. Ze zijn niet in staat tot het onderhouden van intermenselijke relaties en intieme emotionele banden worden als bedreigend ervaren. Een thuisloze heeft nauwelijks (een goede) ervaring met het hebben van een huis.

gemaakt hier structureel beter inzicht in te krijgen. Hiertoe heeft over de maanden september, oktober en november 1997 een proefregistratie plaatsgevonden om te kijken in welke mate en op welke manier aantallen en kenmerken en/of problemen van buitenlopers regulier in kaart kunnen worden gebracht. Deze registratie is uitgevoerd door maatschappelijk werkers van het Dienstencentrum en het Passantenverblijf in samenwerking met de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. Ervaringen en uitkomsten van deze registratie komen eveneens in dit artikel aan de orde.

De Soepbus

De Soepbus staat bij de parkeergarage achter het Centraal Station in Den Haag. Het is een voorziening waar men vrij in en uit kan lopen. Het is de voorziening met de laagste drempel voor dak- en thuislozen in Den Haag. Aan de bezoekers worden geen vragen gesteld, men hoeft zich niet te legitimeren en er vindt geen registratie van de persoon in kwestie plaats. De bezoeker 'hoeft niks'. Alleen het gebruik van drugs en alcohol is niet toegestaan en bezoekers die zich agressief gedragen worden voor die dag van de bus verwijderd.

Er is bewust gekozen voor de vorm van een bus omdat de scheiding tussen binnen en buiten daarbij gering is; de bezoeker hoeft zich niet opgesloten te voelen.

De bus is gedurende zeven dagen van de week geopend van 's avonds elf uur tot de volgende dag 's middags twee uur. 's Morgens kunnen de bezoekers in de bus ontbijten, tussen de middag kan er

soep worden gegeten en gedurende de dag is er koffie, thee of een broodje te krijgen. 's Avonds wordt een warme maaltijd verstrekt. Alle consumpties zijn gratis.

Het totale team van de bus bestaat uit zeven betaalde beheerders (waaronder drie reguliere banen en vier 'Melkertbanen') en zes vrijwilligers (allen buitenloper geweest). Per dienst werken ten minste één beheerder en één vrijwilliger op de bus.

In de soepbus is plaats voor 25 buitenlopers. Per etmaal wordt de bus zo'n 160 maal bezocht; soms komt een buitenloper verschillende keren per dag. Er komen vooral mannen. Om 11 uur 's avonds wordt eten uitgedeeld in de bus. Daarvan maken per dag zo'n tachtig mensen gebruik. In de bus blijven na middernacht tussen de 18 en 25 buitenlopers (zittend) slapen (de overnachting is eveneens gratis).

De Soepbus, een afgeschreven HTM-bus, wordt om de twee, drie jaar vervangen. Langs de wanden van de bus zijn 22 houten zitplaatsen aangebracht. De bus wordt in tweeën gedeeld door een keukenblokje (geen stromend water). Voor toiletgebruik zijn de bezoekers aangewezen op twee Dixi-toiletten naast de bus. Deze worden slechts eenmaal per week verschoond, hetgeen veel te weinig is. De werkers van de bus moeten dagelijks de omgeving van de wc's met een hoge-drukspuit schoonspuiten. De buitenkant van de bus en de aangrenzende parkeergarage worden door hen eveneens regelmatig schoongespoten.

De bezoekers van de bus kunnen zich dagelijks tussen tien en twaalf uur douchen op het Passantenverblijf. Ernstig vervuilde bezoekers worden door teamleden daarop attent gemaakt en ook op het feit dat ze zich daar van schone kleren kunnen voorzien.



Zo nodig worden ze door het personeel van de bus daarheen gebracht.

De Soepbus heeft een dubbele doelstelling. Enerzijds worden mensen voorzien van eten, drinken en onderdak, en anderzijds heeft de bus een verwijzende functie (zoals naar het Passantenverblijf, het Dienstencentrum en de Verslavingszorg). De werkers op de bus proberen zicht te krijgen op de problemen en de behoeften van de bezoekers.

De beheerder: 'Om te kunnen vaststellen of mensen meer willen dan eten, drinken en onderdak moet je enig zicht hebben op hun situatie. Daarvoor moet je contact zoeken en vertrouwen opbouwen. Dat kost tijd. Er blijven er altijd die geen gebruik willen of kunnen maken van de andere voorzieningen.

In het contact werkt het voor vrijwilligers zowel in hun voordeel als in hun nadeel zelf buitenloper geweest te zijn. Ze begrijpen de buitenlopers en fungeren als goed voorbeeld voor hen. Maar ze kunnen ook in een rolconflict geraken wanneer ze nog onvoldoende afstand hebben genomen van hun 'vorige leven'.

Een outreaching preventiewerker van de verslavingszorg werkt twee maal in de week mee op de bus. Doel van zijn inzet is tweërlei: verslaafden verwijzen naar de verslavingszorg en werkers van de bus adviezen geven bij de benadering van bezoekers met een drugs- of drankprobleem.

De samenstelling van de bezoekersgroep is nogal divers. Divers aangaande de motieven om de bus te bezoeken, divers wat achterliggende problemen betreft (onder andere drugsgebruik, psychiatrische problemen, materiële problemen) en divers wat betreft herkomst: er komen ook veel niet-Nederlanders.

Het Dienstencentrum (Goodwillcentrum)

In het Dienstencentrum (Wagenstraat 102) krijgen buitenlopers gratis, of tegen een geringe vergoeding, eten en drinken. Men kan er koffie en brood krijgen en op vaste tijden een warme maaltijd. Ook kunnen bezoekers er een douche nemen en schone (tweedehands)kleding aanschaffen. Het centrum is alle dagen open van 9.30 uur tot 13.00 uur, en van 17.00 uur tot 21.00 uur.

Er zijn zitplaatsen voor veertig personen; in de praktijk zijn er meestal meer binnen: tussen de vijftig en zestig. Het overgrote deel van de tijd is het centrum maximaal bezet. In de avonduren komt het

regelmatig voor dat bezoekers enige tijd buiten moeten wachten tot er ruimte vrij komt. Met name in de winter is dat een probleem.

In het centrum staat de inloopfunctie centraal. Ook hier hoeft men zich niet te legitimeren en is het gebruik van drugs en alcohol niet toegestaan. Een bezoeker die zich agressief opstelt wordt voor korte of lange tijd de toegang tot het centrum ontzegd.

Elke dag houdt een maatschappelijk werker in het centrum spreekuur (10.00 uur tot 11.30 uur) en één à twee maal per week houdt een algemeen arts en een outreaching preventiewerker van de verslavingszorg spreekuur. Doel van deze spreekuren is om de problemen van de bezoekers in de breedte aan te pakken en om, indien van toepassing, de bezoekers zo snel mogelijk te verwijzen naar andere hulpverleningsinstanties.

Altijd is een vaste medewerker (coach) aanwezig. Hij wordt steeds bijgestaan door drie medewerkers ('Melkertbanen', 'banenpoolers', stagiaires of vrijwilligers). Tot de vrijwilligers behoren spontane aanmelders, taakgestraften of ex-buitenlopers (minimaal een half jaar geen buitenloper meer).

De coach is verantwoordelijk voor de gang van zaken tijdens de openingstijden. Hij fungeert als vraagbaak en desgevraagd geeft hij ondersteuning bij het regelen van praktische zaken (telefoontjes naar instanties, verstrekking van kleding, en dergelijke). Ook regelt hij de afspraken voor de spreekuren.

De directeur van het centrum schat dat de helft van de bezoekers behoort tot de categorie 'dakloos'; de andere helft bestaat uit thuislozen die behoefte hebben aan contact of een dagbesteding zoeken. Het Dienstencentrum kent een vaste kern van ongeveer dertig bezoekers.

De bezoekers van het Dienstencentrum kunnen ruwweg worden onderverdeeld in de volgende categorieën:

- bezoekers die uitsluitend in het centrum komen voor de dienstverlening: eten, drinken, een douche en schone kleding. Deze groep wenst om uiteenlopende redenen (nog) geen ondersteuning van hulpverleners;
- buitenlopers die een uitkering en woonruimte wensen, of die hulp nodig hebben bij het saneren van gemaakte schulden. Ze melden zich aan bij het maatschappelijk werk;
- buitenlopers die sterk gemotiveerd zijn om hun leven een andere wending te geven. Ook zij



melden zich als cliënt bij het maatschappelijk werk. Het betreft hier met name acute daklozen, soms verwezen door de Sociale Dienst.

Het Dienstencentrum kan fungeren als postadres (maximaal vijftig) voor de buitenloper (zonder vast postadres kan de Sociale Dienst geen uitkering verstrekken).

Er zijn echter wel voorwaarden verbonden aan het verlenen van een postadres. Een belangrijk criterium is dat men zich aan gemaakte afspraken houdt en zich actief inzet voor het verbeteren van de eigen situatie. Daarbij verplicht een buitenloper zich minimaal tot een twee-wekelijks contact met het maatschappelijk werk gedurende een periode van drie maanden (in de praktijk zijn vaak veel meer contacten nodig). Verder dient de cliënt akkoord te gaan met hulp bij budgettering. In de praktijk betekent dit, dat betrokkene leefgeld ontvangt ter grootte van honderd gulden per week. Een eenmaal toegekende uitkering wordt beheerd door het maatschappelijk werk van het centrum. Gebruikers die (gaan) deelnemen aan een afkickprogramma komen ook in aanmerking voor een postadres.

Na (verwachte) toekenning van een uitkering ondersteunt het maatschappelijk werk de cliënt bij het zoeken naar huisvesting en het wegwerken van schulden. Ook ontvangen cliënten die inmiddels woonruimte hebben - zo nodig - verdere begeleiding, bijvoorbeeld bij budgetbeheer of de afwikkeling van schuldsanering. Ex-clieënten die na verloop van tijd opnieuw in de problemen (dreigen te) komen, kunnen een beroep blijven doen op het maatschappelijk werk. Sommige bezoekers haken af vanwege het verplichte karakter van de gesprekken met de maatschappelijk

werker of omdat ze het leefgeld per week te mager achten.

Er zijn ook buitenlopers voor wie het maatschappelijk werk niet veel kan betekenen. Voor bezoekers met grote psychische problemen, voor verslaafde psychiatrische patiënten, illegalen en mensen die ernstig agressief gedrag vertonen kan het maatschappelijk werk weinig doen. Deze worden derhalve voor passende hulp doorverwezen naar derden.

Het Passantenverblijf

Het Passantenverblijf (De la Reyweg 522) is een bed-bad-broodvoorziening met een verwijfsfunctie en biedt kortstondige opvang aan buitenlopers. Het is op werkdagen geopend van drie uur 's middags tot acht uur de volgende ochtend. In het weekend is het verblijf vanaf vijf uur geopend. De bezoeker kan er maximaal zeven nachten per maand slapen, voor de somma van vier gulden (weekend gratis). Bezoekers kunnen (extra) gratis overnachtingen verdienen door na het ontbijt het verblijf schoon te maken.

Naast onderdak verstrekt het Passantenverblijf de buitenloper maaltijden, wasgelegenheid en de mogelijkheid om kleding te wassen of tweede-handskleding aan te schaffen.

De bezoekers zijn verplicht zich bij binnenkomst te legitimeren. Alles waarop naam en adres staat vermeld wordt als legitimatie geaccepteerd. De medewerkers noteren enkele persoonsgegevens. Ook het Passantenverblijf kent de bekende huisregels: gebruik van alcohol en/of drugs is tijdens het verblijf niet toegestaan.

Men is verplicht zich 's middags om drie uur te melden. Het verblijf duurt tot de volgende ochtend acht uur. Tussentijds komen en gaan is niet toegestaan, enerzijds om te voorkomen dat mensen buiten de deur gaan gebruiken en onhandelbaar terug komen, anderzijds om te voorkomen dat er bedden leeg blijven staan.

Ondanks het feit dat het Passantenverblijf niet is bedoeld voor langdurig verblijf, kan het toch nodig zijn bepaalde bezoekers voor langere tijd opvang te bieden. Dit kan zijn in afwachting van plaatsing of opname elders. Ook mensen die bijzonder verward of angstig zijn kunnen, op advies van de maatschappelijk werker, voor langere tijd een onderkomen vinden in het Passantenverblijf.

Gedurende de maanden september tot en met november 1997 hebben 185 (verschillende) passanten één of meer nachten in het verblijf doorgebracht; meest

mannen, één op de tien was vrouw, soms met kind(eren).

Dagelijks zijn er dertig à veertig bezoekers in het Passantenverblijf. Er staan echter maar 31 bedden, waarvan er vijf zijn gereserveerd voor vrouwen. Eveneens vijf bedden vallen onder de zogenaamde politiebodden: deze worden gereserveerd voor noodgevallen die door de politie worden aangemeld.

De vraag overtreft dus regelmatig het aanbod. Echter bij strenge kou geldt de winterregeling, dat wil zeggen dat een ieder wordt binnengelaten en dat men onbepaald en gratis kan overnachten. De extra bezoekers brengen de nacht dan door op stoelen of op de vloer. In de winter beschikt men op die manier over 62 slaapplekken.

Het personeel van het Passantenverblijf bestaat uit 'Melkertbanen', 'banenpoolers' en ex-buitenlopers. Verder houden ook hier verschillende hulpverlenende disciplines spreekuur (maatschappelijk werkers, een algemeen arts, een medewerker van de RIAGG en een outreaching preventiewerker van de verslavingszorg). 's Nachts is er altijd een maatschappelijk werker aanwezig.

Een centrale rol vervult de beheerder. Hij ontvangt om drie uur de passanten. Hij schrijft hen in, maakt hen wegwijs en legt de huisregels uit. Tijdens het verblijf houdt de beheerder toezicht. Daarnaast behoort het tot zijn taak, bezoekers te motiveren hun levenswijze te veranderen. Hij signaleert problemen, informeert de maatschappelijk werker over de problemen van bepaalde passanten, zodat hij/zij hen kan uitnodigen voor een gesprek. Uiteraard nadat ze eerst zijn gestimuleerd dit zelf te doen.

De maatschappelijk werker benadert nieuwkomers en biedt hulp aan bezoekers die te kennen geven genoeg te hebben van het leven op straat en die hun leven een andere wending willen geven. Na het eerste contact met het maatschappelijk werk volgt er een uitgebreide intake. De intake-gesprekken vinden plaats tijdens de sluitingstijden van het Passantenverblijf. Actuele problemen worden geïnventariseerd. In overleg met de directeur wordt per cliënt een plan van aanpak opgesteld. Verwijzing naar andere hulpverleningsinstellingen maakt onderdeel uit van dit plan van aanpak. Voor hen wordt een aantal praktische zaken geregeld, zoals:

- het aanvragen van een uitkering;
- het aanvragen van een ziektekostenverzekering;

- het in kaart brengen en vervolgens saneren van opgebouwde schuld;
- het zoeken van woonruimte, al dan niet zelfstandig van aard.

De maatschappelijk werker: 'Bijna al onze tijd gaat zitten in het regelen van dit soort zaken. Het is vaak een hele uitzoekerij. We zijn vooral bezig met het lenigen van de acute nood. Degenen die worden verwezen naar een hulpverleningsinstelling of een begeleidde vorm van wonen ontvangen binnen die instelling verdere begeleiding. Degenen die op zichzelf gaan wonen krijgen geen verdere begeleiding meer.'

De proefregistratie

Zoals opgemerkt verdragen laagdrempeligheid en een uitgebreide cliëntregistratie elkaar slecht. De gegevensverzameling bleek alleen haalbaar en zinvol onder de cliënten van het maatschappelijk werk in het Passantenverblijf en het Dienstencentrum.

153 buitenlopers hebben gedurende de maanden september, oktober en november 1997 gebruik gemaakt van het maatschappelijk werk in (één van) beide voorzieningen. Eind november hebben de maatschappelijk werkers, op geleide van een voor dit doel ontworpen registratieformulier, aanvullende gegevens uit het dossier van deze buitenlopers verzameld. Naast sociaal-demografische kenmerken van hun cliëntèle kwamen hierbij ook vragen aan bod aangaande de hulpvraag en (achterliggende) problematiek. Bij het invullen van dit laatste thema bleek echter in 40-60% van de gevallen geen informatie hierover beschikbaar. Teneinde toch enig beeld te geven van de problematiek van de buitenlopers worden de resultaten wel genoemd maar deze hebben alleen betrekking op de groep waarover informatie beschikbaar was. Consequentie hiervan is dat de percentages uiteraard met de nodige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd. Een tweede beperking is dat de 153 buitenlopers bij het maatschappelijk werk van zowel het Dienstencentrum als het Passantenverblijf bekend kunnen zijn. Aangezien de geregistreerde gegevens niet herleidbaar zijn tot personen kunnen zich dubbeltellingen hebben voorgedaan.

Volgens kwalificatie van de maatschappelijk werkers ten tijde van het eerste contact (dit kan voor de onderzoeksperiode hebben plaatsgevonden) was ruim de helft van hun cliënten in het Dienstencentrum en

het Passantenverblijf zowel dakloos als thuisloos. Een op de drie was uitsluitend dakloos, hetgeen betekent dat van die groep wordt verwacht dat ze zelfstandig kunnen wonen. Het grootste gedeelte was tijdens dit contact minder dan een jaar buitenloper. Zoals verwacht waren de meeste buitenlopers mannen (90%). Drie kwart was tussen de 25 en 55 jaar oud. Jongeren werden nauwelijks gezien: twee buitenlopers waren jonger dan 19 jaar. Onder de buitenlopers die een beroep deden op het maatschappelijk werk bevonden zich veel niet-Nederlanders (ruim 40%). Het land van herkomst was zeer divers: veel Marokkanen (13% van de totale groep) en op enige afstand Surinamers (8%) en Antillianen (7%). Ook werden regelmatig Afrikanen en buitenlopers uit Azië gezien. Turken zag het maatschappelijk werk nauwelijks. Het grootste deel van de buitenlopers (drie van de vijf) was nooit gehuwd geweest, een aanzienlijk kleinere groep was gescheiden (een vijfde). Ruim de helft had een uitkering (vooral in het Passantenverblijf). Geen inkomsten had één op de drie.

In verreweg de meeste gevallen kreeg de maatschappelijk werker te maken met een huisvestingsvraag (80%). Bij één op de drie kwamen financiële kwesties aan de orde (inkomen/schulden). Daarnaast kregen ze - duidelijk minder frequent - te maken met hulpvragen aangaande verslaving, werk, postadres, sociaal-emotionele en psychische problemen.

Bij circa de helft kon iets over de (achterliggende) problematiek worden gezegd. Meer dan de helft van hen was (hard)druggebruiker; vaak ging dit samen met het hebben van schulden. Een detentieverleden had bijna de helft van de buitenlopers.

Korte beschouwing

De drie laagdrempelige voorzieningen voor dak- en thuislozen in Den Haag werden in de periode september - november 1997 veelvuldig door dak- en thuislozen bezocht, vooral door mannen. De vraag overtrof regelmatig het aanbod. De problemen waarmee dak- en thuislozen te maken hebben zijn zeer divers en, in het verlengde hiervan, is de mate

waarin ze zorg en/of begeleiding nodig hebben en willen ook zeer verschillend. Er zijn buitenlopers van uiteenlopende leeftijden met psychiatrische problemen, met psycho-sociale problemen al dan niet verslaafd waardoor ze (plotseling) dakloos zijn geworden. Het aanbod moet daarop zijn afgestemd.

Er bleek duidelijk behoefte aan meer (afgestemde) laagdrempelige opvangmogelijkheden. Hierop is inmiddels op verschillende wijzen ingesprongen. Zo heeft het Dienstencentrum met ingang van 1998 zijn openingstijden met tien uur per dag kunnen uitbreiden. Ook heeft het Noodcentrum *) (hier niet besproken) het geringe aantal bedden van vier vervijfvoudigd naar twintig bedden.

Tot slot: voor mensen die weinig begeleiding nodig hebben beschikt de Kessler Stichting sinds december 1997 over een nieuwe voorziening voor dak- en thuislozen, het zogenoemde 'Doorstroomhuis' (72 bedden). Deze voorziening biedt de mogelijkheid tot *langdurig* verblijf.

Door deze nieuwe opvangmogelijkheden zullen de capaciteitsproblemen bij de drie laagdrempelige voorzieningen enigszins afnemen.

Nu in Den Haag een straatbeeld met 'zwerfers' helaas niet meer is weg te denken, is intensieve aandacht voor deze groep van groot belang. Dit zowel wat betreft hun omvang als ten aanzien van de karakteristieken van de dak- en thuislozen, waarbij tevens ervaringen en condities die hebben geleid tot het 'buitenlopen' in de beschouwing moeten worden genomen. Een systeem deze elementen op reguliere basis vast te leggen zal verder vorm moeten krijgen. Hierbij zullen onder andere de ervaringen opgedaan bij de proefregistratie van het maatschappelijk werk van dienst kunnen zijn.

*) Het Noodcentrum is een laagdrempelige voorziening voor buitenlopers in nood die niet gelijk kunnen worden geplaatst in een van de vormen van maatschappelijke opvang (vanwege crisissituatie of plaatsgebrek in het Passantenverblijf). Uitgangspunt is dat men daar zo kort mogelijk verblijft (maximaal zo'n vijftien dagen) om vandaar uit elders te worden geplaatst.

Medisch spreekuur voor straatprostituées in een huiskamerproject in Den Haag

W.J.O. Beaumont

Sinds 1982 bestaat in Den Haag 'De Huiskamer' voor straatprostituées in de Waldorpstraat . Drie jaar later begon de GGD daar met een artsenspreekuur. Het gaat om vrouwen - veelal harddruggebruikers - die niet zijn verzekerd. En als ze al een huisarts hebben willen of durven ze die niet te consulteren. Bij klachten ontberen ze dus medische zorg. Een aantal cases uit een niet alledaagse medische praktijk. Ofwel: hoe diagnostiseer je het verschil tussen een wurgende hoestbui naar aanleiding van een overdosis of het abusievelijk inslikken van een peuk tijdens het plaatsen van een shot?

In 1985 startte het 'Huiskamer-artsenspreekuur GGD' voor prostituées op de tippelzone in de Waldorpstraat in Den Haag. Een deel van deze straat is door de gemeente aangewezen als gedoogzone voor straatprostitutie (tussen tien uur 's avonds en zeven uur 's morgens). Als de prostituées even tot rust willen komen, zich willen warmen of behoefte hebben aan wat eten of drinken kunnen ze binnenlopen in het 'Huiskamer Aanloopproject Jeugdprostitutie' ofwel in de volksmond 'De Huiskamer' (bestaat sinds 1982 en wordt gesubsidieerd door de gemeente Den Haag). Alleen vrouwen worden toegelaten. De meesten zijn tussen de 20 en 35 jaar oud en verslaafd aan harddrugs. Ze worden opgevangen door het personeel van 'De Huiskamer' voor een luisterend oor en een (gratis) kopje koffie of thee. In het weekeinde is er tegen een geringe prijs een warme maaltijd te krijgen.

In 'De Huiskamer' kunnen de vrouwen desgewenst spuiten omruilen en tegen kostprijs condooms kopen. Doordat deze vrouwen niet zijn verzekerd of doordat ze hun huisarts niet durven of willen raadplegen, krijgen veel vrouwen bij klachten niet de noodzakelijke medische zorg. Zelfs bij ernstige klachten gaan ze vaak niet naar hun huisarts.

Directe aanleiding voor het 'Huiskamer-artsenspreekuur GGD' in de Waldorpstraat waren begin jaren tachtig frequente signalen van hulpverleners over het aantal geslachtsziekten die de prostituées aldaar zouden oplopen en (weer) verspreiden.

Over de auteur:

W.J.O. Beaumont, arts infectieziektenbestrijding, productgroep Algemene Gezondheidszorg, GGD, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

Twee keer per week (maandag- en vrijdagavond tussen 10 en 12 uur) houdt een (huis)arts in 'De Huiskamer' spreekuur. Vier artsen zijn hiervoor beschikbaar. Ze worden bijgestaan door een sociaal-verpleegkundige van de GGD. De begeleiding, coördinatie en de verantwoordelijkheid ligt bij de afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding van de GGD Den Haag.

Werkwijze

De artsen zitten meestal in dezelfde ruimte als de vrouwen en nemen deel aan de gesprekken. Zo kan in een ongedwongen sfeer medische en hygiënische informatie aan de vrouwen worden gegeven en eventuele foutieve voorstellingen op dit terrein worden weggenomen.

Deze werksituatie, waarbij de artsen veel tijd in de directe nabijheid van hun cliëntèle doorbrengen heeft als voordeel dat ze beter inzicht krijgen in de problemen en de leefwijze van de vrouwen. De gesprekken in de arts-sprekkamer zijn vaak een vervolg op ongedwongen contacten daarbuiten hetgeen een eventuele drempel tot consultering kan verlagen.

Casus 1

Om half twaalf 's-avonds komt een meisje 'De Huiskamer' binnenhinken. Half huilend vraagt ze om een dokter. Ze klaagt over een pijnlijke enkel. Op het been kan ze niet staan. Ze is zeer angstig.

Bij onderzoek openbaart zich een groot abces op de enkel met een onderhuidse ontsteking tot halverwege het onderbeen. De lymfevaten van het gehele been zijn reeds geïnfecteerd: een beginnende bloedvergiftiging. Ze geeft toe de ader van haar enkel te hebben gebruikt voor het inspuiten van heroïne. De aders in haar armen waren al zo beschadigd ... Ze had bovendien een gebruikte spuit genomen.

Een ernstig ziektebeeld, ziekenhuisopname is nodig en behandeling met antibiotica. Met veel overredingskracht lukt het ons haar de ernst van de situatie te doen inzien waarna ze instemt met opname. Nog dezelfde dag wordt het abces behandeld en krijgt ze een infuus met antibiotica. Aanvankelijk wordt gevreesd voor beenamputatie. Dit bleek gelukkig mee te vallen en na ontslag heeft ze met succes een afkickprogramma gevolgd en zelfs werk gevonden (buiten de prostitutie).

Ook het personeel van 'De Huiskamer' wordt tijdens de gesprekken in de ontmoetingsruimte door de artsen geïnformeerd. Hierdoor kunnen zij de verstrekte adviezen bij afwezigheid van de artsen nog eens ondersteunen. De uniformiteit in deze informatie is een continu aandachtspunt. Daarnaast stimuleert het Huiskamerpersoneel de vrouwen bij medische klachten de artsen te raadplegen. Wanneer een vrouw er prijs op stelt, gaat een medewerker met haar mee de spreekkamer in. Wanneer therapietrouw wordt betwijfeld verstrekken de medewerkers - op voorschrift van de artsen - soms ook medicijnen.

De sociaal-verpleegkundige van de GGD bezoekt elke dinsdag- en vrijdagochtend om 7.00 uur 'De Huiskamer'*). Ze benadert actief die meisjes en vrouwen waarvan ze weet dat ze medische klachten hebben en zich aan zorg onttrekken. Ze stimuleert hen tot raadpleging van de hulpverlening en zo nodig tot therapietrouw. Op verzoek van de arts verzorgt ze een verwijzing naar bijvoorbeeld een polikliniek van een ziekenhuis, het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding of de verslavingszorg. Wanneer een vrouw besmet is met SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen), tracht de sociaal-verpleegkundige haar contacten hierover in te lichten. Verder fungeert ze als vraagbaak en verricht ze allerhande hand- en spandiensten.

Aard werkzaamheden

Door onderzoek en door het belang van veilig vrijen steeds te benadrukken proberen de artsen in samenwerking met de medewerkers, SOA en eventuele complicaties te voorkomen. Het is van groot belang de noodzaak van veilig vrijen ook onder deze doelgroep continu onder de aandacht te brengen omdat klanten van prostituées - ondanks alle veilig-voorlichting - toch regelmatig geen condoom willen gebruiken. Naast de geslachtsziektenbestrijding is de algemene huisartsgeneeskunde van belang. De medicatie voor 'eenvoudige' aandoeningen en met name voor SOA wordt in 'De Huiskamer' verstrekt. Eventueel wordt een recept uitgeschreven. Voor meer complexe aandoeningen is het spreekuur niet geschikt en wordt verwezen naar de eigen huisarts of naar een ziekenhuis. Uitgangspunt is dat het spreekuur niet de plaats inneemt van de eerste lijn. Er wordt alleen allereerste hulp gegeven die primair noodzakelijk is, voor de vrouwen zelf maar

*) Deze situatie is inmiddels gewijzigd, doordat 'De Huiskamer' eerder sluit; de verpleegkundige bezoekt de kamer nu op een ander tijdstip.

Casus 2

Een vrouw, verslaafd, zegt aangevallen te worden door beestjes. Ze kruipen door haar huid naar haar hersenen. Ze heeft daarom haar neus en oren dicht gestopt met watjes. Overal heeft ze wondjes, omdat ze 'de beestjes' wegkrabt. Vele wondjes zijn ontstaan door slechte hygiëne. Ze zegt zich niet te kunnen wassen omdat 'de beestjes' dan juist binnenkruipen. Ze is onhandelbaar, verward, vraagt veel aandacht en niets is goed, zodat ze 'De Huiskamer' regelmatig tot wanhoop drijft. We hebben haar penicilline gegeven tegen de wondinfecties en ook vanwege bronchitis. Daarnaast is ze opgenomen geweest vanwege een blindedarmonsteking en een chlamydia infectie van de baarmoeder.

Het is vaak lastig aan anderen (ook aan het Huiskamerpersoneel) over te brengen dat een psychiatrische patiënt, en zeker een verslaafde, niet tegen haar wil kan worden opgenomen. We kunnen alleen de ergste nood lenigen en een oogje in het zeil houden. Het blijft dus, enigszins frustrerend, pappen en nat houden.

ook voor hun contacten. De vroeg-signalering door het Huiskamerpersoneel en de vroeg-opsporing door de sociaal-verpleegkundige voorkomen vaak ernstige gezondheidscomplicaties. 'De Huiskamer' brengt zowel de informatie als de benodigde middelen voor persoonlijke hygiëne (condooms, injectiespuiten) dichtbij de vrouwen.

De vrouwen worden gestimuleerd zich te verzekeren. Een klein aantal vrouwen is dak- of thuisloos en veelal niet verzekerd. Wanneer ze minimaal over een vast postadres beschikken kunnen ze in aanmerking komen voor een uitkering.

Enkele cijfers

De afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding van de GGD heeft over drie jaar (1994-1996) het medische spreekuur aan de tippegedoozone geëvalueerd (1). Hieruit bleek dat in deze periode per jaar gemiddeld ruim vierhonderd (verschillende) vrouwen 'De Huiskamer' hebben bezocht. De groep bevatte een vaste kern bezoekers: gemiddeld kwamen zo'n dertig vrouwen per avond, vaak verscheidene keren. Het aantal consulten bij de arts over deze jaren steeg enigszins: 167 in 1994, 220 in 1995 en 229 in 1996 (in deze aantallen zijn de veelvuldige gesprekken in de algemene ontmoetingsruimte niet meegenomen).

Aan de verslaafde bezoekers zijn tienduizenden injectiespuiten verstrekt (per jaar tussen de zeven- en elf duizend). De vrouwen kunnen deze spuiten gratis krijgen wanneer ze vuile spuiten inleveren. Deze opzet slaagt grotendeels, want slechts 10% van de spuiten bleek in de jaren 1994-1996 gekocht.

Condoms werden veelvuldig verkocht in 'De Huiskamer'. Per jaar kochten de vrouwen zo'n 20.000 condoms, tegen kostprijs. Over het feitelijke gebruik van condoms zijn geen gegevens bekend. In het algemeen gaat men ervan uit dat wanneer prostituées condoms aanschaffen ze ze ook zullen gebruiken. Maar ze zijn ook regelmatig cadeau gedaan. En behalve in 'De Huiskamer' verstrekken medewerkers van het methadonprogramma en van het spuitomruilproject van de GGD condoms gratis aan verslaafden (die tippelen). Dit om het gebruik extra te stimuleren.

In tabel 1 zijn de klachten opgenomen die in 1994, 1995 en 1996 aanleiding zijn geweest tot consultering van de arts. Geslachtsziekten, (vermoede) zwangerschap en anticonceptie waren belangrijke thema's die aan de orde kwamen. Drugs(gerelateerde) problemen en psychische klachten vroegen ook veel aandacht. Wat betreft de algemene gezondheid hadden de vrouwen vooral last van de luchtwegen en huidziektes.

Beschouwing

Het gemeentelijke beleid in Den Haag is erop gericht, zwakkere groepen in de samenleving die niet door de reguliere zorg worden bereikt (doordat ze niet uit eigen beweging hulp zoeken), actief te benaderen voor preventie en goede zorg (2). Hierbij wordt, waar mogelijk, aangesloten bij reeds bestaande activiteiten. Het medische spreekuur voor straatprostituées is hiervan een goed voorbeeld.

Casus 3

Een vrouw klaagt over pijn in het oog. Het onderzoek levert echter geen bijzonderheden op. Desondanks vraagt ze om een middel tegen de pijn, liefst een opiumpreparaat. Na enig aarzelen geven we haar om geloofwaardig te zijn, een paracetamol. Ze zegt al een jaar geen heroïne of coke te gebruiken. Soms kost dat haar wel veel moeite. Andere meiden vertellen dat ze wel gebruikt maar niet verslaafd is ... Vermoedelijk wilde ze weten of we opiaten in voorraad hebben, wat natuurlijk niet zo is.

tabel 1

Consulten medisch spreekuur naar aard klachten/ziekten ^{a)}, Den Haag 1994-1996.

Aard klachten/ziekten	1994 Abs.	1994 %	1995 Abs.	1995 %	1996 Abs.	1996 %
SOA (screening, klachten, behandeling) ^{b)}	28	16,8	58	26,4	67	29,2
Zwangerschapscontrole/test	12	7,2	21	9,5	29	12,7
Gynaecologische klachten	15	9,0	14	6,4	28	12,2
Anticonceptie	23	13,8	29	13,2	21	9,2
Psychisch	5	3,0	10	4,5	10	4,4
Drugs	6	3,6	7	3,2	4	1,7
Mishandeling	5	3,0	7	3,2	5	2,2
Overige trauma's	8	4,8	2	0,9	2	0,9
Spuitabces	2	1,2	3	1,4	6	2,6
HIV-positief	0	0	1	0,4	1	0,4
Luchtwegen	10	6,0	16	7,3	32	14,0
Huidziektes	21	12,6	40	18,2	29	12,7
KNO/ogen	15	9,0	14	6,4	13	5,7
Blaasontsteking	8	4,8	13	5,9	11	4,8
Gebit	9	5,4	7	3,2	4	1,7
Maag- darmkanaal	10	6,0	7	3,2	3	1,3
Bewegingsapparaat	11	6,6	2	0,9	2	0,9
SOA-(Aids)voorlichting	10	6,0	17	7,2	13	5,7
Voedingsvoorlichting	3	1,8	3	1,4	5	2,2
Diversen	29	17,4	24	10,9	29	12,7
Totaal aantal consulten	167	100	220	100	229	100

^{a)} Combinaties mogelijk ^{b)} Vooral condidiasis en fluorklachten en in mindere mate trichomoniasis.

Bij veel mensen, ook bij hulpverleners, leeft de veronderstelling, dat (drug)verslaafden niet in hun gedrag kunnen worden beïnvloed. Dat komt mede omdat hulpverleners vaak moeilijk ingang hebben bij deze groep. Telkens blijkt echter in projecten waarbij de verslaafden actief en zonder vooroordeel worden benaderd, dat een duidelijk effect kan worden bereikt. Voorbeelden van dit soort projecten zijn, naast het medische spreekuur voor straatprostitueés, het mobiele spuitomruilproject van de GGD en het GGD-spreekuur voor buitenlandse prostitueés. Het medische spreekuur in 'De Huiskamer' is een goed werkbaar vorm van outreaching werken. Aan de ene kant is de hulpverlener voor de doelgroep erg goed bereikbaar vanwege de laagdrempelige, vertrouwelijke en duurzame gespreksituatie in 'De Huiskamer' en aan de andere kant is de benadering vanuit een neutrale invalshoek, in concreto de infectieziek-

tenbestrijding, een goede entree.

Bij de straatprostitueés is veilig gedrag (veilig spuiten en veilige seks met klanten) inmiddels veel meer ingeburgerd. Dat was bij de start van het spreekuur nog zeker niet het geval. Het is echter een illusie te verwachten, dat iedereen het veilige gedrag constant volhoudt. Bekend is, dat niet-betaalde seks-contacten van prostitueés - ook al wisselt de partner vaker - bijna altijd onveilig zijn. Ook is bekend, dat sommige klanten bereid zijn extra te betalen voor onveilige seks, of dat ze wachten totdat een van de meisjes ontweningsverschijnselen begint te vertonen en dus dringend geld voor drugs nodig heeft en haar grenzen verlegt.

Niettemin bestaat de indruk bij medewerkers van de polikliniek geslachtsziektebestrijding in het centrum en bij de sociaal-verpleegkundige dat het aantal vrouwen met geslachtsziekten (en dat van hun

klanten) is verminderd.

De voortdurende contacten met de doelgroep houden de preventieboodschap ten minste levendig, ook al wordt er niet altijd over gesproken. De GGD heeft bovendien wat te bieden zoals schone spuiten, condooms en voor de hier besproken groep een eerste medische opvang. Dat maakt het contact veel gemakkelijker en biedt de mogelijkheid telkens weer te motiveren, ook na een terugval naar onveilig spuiten of onveilige seks.

Casus 4

De politie belt aan en meldt dat een meisje op straat erg raar staat te doen en vraagt of we haar soms kennen. We kennen haar inderdaad vrij goed. Ze staat tegen de politieauto aangeleund en heeft een soort geagiteerde, wurgende hoest. Ze zegt een overdosis heroïne te hebben genomen. Maar die indruk maakt ze totaal niet. Ze transpireert hevig en is erg opgewonden en zeker niet versuft, zoals je juist zou verwachten bij een overdosis. Na flink doorvragen heeft ze wel heroïne genomen maar zeker niet zoveel om aan dood te kunnen gaan. Uiteindelijk geeft ze toe, dat ze vermoedelijk bij het nemen van de shot haar sigarettenpeuk heeft ingeslikt. In haast naar het toilet en ik probeer met een spatel haar te laten braken. Vlak voor de komst van de ambulance lukt het de keel vrij te krijgen en is ze weer rustig. Ze gaat douchen en de ambulance wordt weggestuurd. 'De Huiskamer' ademt eens flink uit.

Literatuur:

1. Huiskamer-artsenspreekuur GGD aan de tippelgedoogzone in de Waldorpstraat. Jaarverslag 1994, 1995 en 1996. GGD, Algemene Gezondheidszorg, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn Den Haag.
2. Sturen op doelen. Gemeentelijk beleid met betrekking tot maatschappelijk herstel. Den Haag 1995.

Veel genot en wijsheid?

Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (I)

B.J.C. Middelkoop, M.R.J.M. Fengler en Mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats

'De jeugd van tegenwoordig' is van oudsher de uitdrukking die aangeeft dat het vroeger beter was gesteld met de nieuwe generaties. Roken, gebruik van alcohol en cannabis, gokken en de toevlucht tot paddo's, XTC, amfetamine, cocaïne en heroïne zijn van die slechte gewoonten van 'de jeugd van tegenwoordig'.

De GGD in Den Haag deed eind '96 onderzoek in 52 klassen van het voortgezet onderwijs en 10 klassen van het basisonderwijs om te zien hoe het er werkelijk voorstond. Hoewel er op de omvang en de opzet van het onderzoek wel wat kan worden afgedongen is het beeld dat er uit naar voren komt bepaald niet dramatisch in vergelijking met andere steden en het platteland.

In de maanden oktober en november 1996 werden in Den Haag de leerlingen uit 52 klassen van het Voortgezet Onderwijs en 10 klassen van het Basisonderwijs geënquêteerd over hun gebruik van tabak, alcohol, drugs, slaap- en kalmeringsmiddelen en over eventueel gokgedrag (met name in de vorm van spelen op een gokkast). Dit onderzoek werd uitgevoerd door de Hoofdafdeling (thans: Productgroep) Jeugdgezondheidszorg van de GGD. De enquête maakte deel uit van het landelijke onderzoek 'Jeugd en riskant gedrag' van het Trimbos-instituut (voorheen: Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs) (1)(2). Het was de vierde keer dat dit landelijke onderzoek werd uitgevoerd. Eerder gebeurde dit in 1984, 1988 en 1992, telkens in samenwerking met een groot aantal GGD-en (in 1996: 32 GGD-en).

Dit artikel begint met een weergave van de Haagse steekproef. Daarna worden de beperkingen van het onderzoek besproken. Deze beperkingen zijn van groot belang om de resultaten van het onderzoek, die in de daarop volgende paragrafen worden gepresenteerd, naar waarde te kunnen schatten. In deze aflevering van het bulletin worden alleen de prevalentiecijfers van het genotmiddelengebruik weergegeven. In een volgend bulletin zal worden ingegaan op de samenhang van deze cijfers met een aantal achtergrondkenmerken van de respondenten.

Over de auteurs:

B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, M.R.J.M. Fengler, psycholoog, tijdelijk werkzaam bij de afdeling Epidemiologie en Mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats, jeugdarts, hoofd productgroep Jeugdgezondheidszorg, allen werkzaam bij de GGD, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn Den Haag.

Een Haagse steekproef

Voor een steekproef die voldoet qua grootte en landelijke spreiding, kon het Trimbos-instituut volstaan met een beperkt aantal leerlingen per GGD-regio. Om GGD-en in staat te stellen óók betrouwbare uitspraken te doen over de eigen regio, introduceerde het Trimbos-instituut in 1992 de mogelijkheid van een grotere lokale steekproef. De GGD Den Haag maakte in 1996 voor het eerst gebruik van deze mogelijkheid.

Het aantal geënquêteerde leerlingen uit het Basisonderwijs in Den Haag blijft desondanks te gering om betrouwbare uitspraken te kunnen doen, ook vanwege het gemeten (gelukkig) geringe gebruik ¹⁾. Dit artikel beperkt zich daarom tot de resultaten bij de leerlingen uit het (gewone) Voortgezet Onderwijs, 1.181 in totaal.

Overeenkomstig de wens van het Trimbos-instituut was de Haagse steekproef qua verdeling over de schooltypen samengesteld conform de *landelijke* verdeling: 10 brugklassen, 13 (I)VBO-klassen, 12 MAVO-klassen, 8 HAVO-klassen en 9 VWO-klassen. Doordat het Trimbos-instituut deze eis aan alle deelnemende GGD-en stelde, werd de landelijke steekproef automatisch representatief qua verdeling over de schooltypen. Het nadeel is echter dat de Haagse steekproef hierdoor niet geheel representatief

is voor de Haagse schooljeugd. In dit artikel worden de Haagse cijfers gepresenteerd die zijn herberekend (gewogen) naar de feitelijke Haagse verdeling van leerlingen over schooltypen.

Bij middelen die niet massaal worden gebruikt zijn schattingen op basis van lokale gegevens onnauwkeurig; de steekproef is daarvoor toch te klein ¹⁾. Daarom worden in dit artikel voor de volgende middelen alleen de landelijke gegevens gepresenteerd: paddo's, XTC, amfetamine, cocaïne, heroïne, kalmerings- en slaapmiddelen.

Om diverse redenen worden ook bij enkele andere uitkomsten in dit artikel alleen de landelijke cijfers gepresenteerd.

Beperkingen van het onderzoek

Aan de opzet van het peilstations-onderzoek van het Trimbos-instituut kleven een aantal bezwaren die nopen tot terughoudendheid bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Representativiteit.

De keuze van de deelnemende scholen en klassen heeft het Trimbos-instituut gedelegeerd aan de deelnemende GGD-en. Het is denkbaar dat hierdoor vertekeningen optreden die ervoor zorgen dat de steekproef toch niet helemaal representatief is voor de Nederlandse schooljeugd in het gewone Voortgezet Onderwijs.

Voorts is het denkbaar dat de hiermee opgetreden selectie niet in alle regio's dezelfde invloed heeft gehad. Dat maakt het vergelijken van regionale cijfers met landelijke cijfers enigszins hachelijk.

Selectieve uitval i.v.m. absentie.

Men mag ervan uitgaan dat onder de absente leerlingen, die dus niet hebben deelgenomen aan de klassikale enquête, het genotmiddelengebruik in het algemeen hoger zal zijn geweest dan onder de wel-aanwezige leerlingen. Gezien de hoogte van het absentiepercentage (4,4% landelijk; 5,7% in Den Haag) zal dit alleen verstorend hebben gewerkt bij de genotmiddelen die weinig worden gebruikt (veelal de zwaardere middelen). Bij deze middelen kan het verschil in absentiepercentage tussen Nederland en Den Haag een verschil in gemeten prevalentie hebben veroorzaakt. Op het moment dat de enquête werd afgenomen waren in Den Haag 15 leerlingen méér afwezig dan men op grond van het landelijke absentiecijfer zou verwachten. Zelfs indien zich

¹⁾ Een prevalentie-onderzoek heeft als uitkomst het gevonden percentage in de steekproef. Dit is tegelijk de puntschatting van de prevalentie onder de totale populatie waar de steekproef uit afkomstig is. Als bijvoorbeeld 10% van de steekproef van de Haagse middelbare scholieren genotmiddel X gebruikt, dan wordt op basis van het onderzoek geschat dat ook van de totale populatie Haagse middelbare scholieren 10% dit genotmiddel gebruikt. Het zal onmiddellijk duidelijk zijn dat de steekproef, hoe willekeurig getrokken, toch niet de feitelijke situatie perfect hoeft weer te geven. Misschien is de prevalentie onder de totale schooljeugd in werkelijkheid wel 9% of 11%. Daarom wordt altijd, naast de puntschatting, een 95%-betrouwbaarheidsinterval berekend. Als dit interval bijvoorbeeld loopt van 8% tot 12%, dan betekent dit dat er 95% kans is dat de echte prevalentie onder de Haagse schooljeugd tussen 8 en 12 procent ligt.

De breedte van het 95%-betrouwbaarheidsinterval wordt bepaald door de grootte van de steekproef (hoe groter de steekproef, hoe smaller het interval) en door de gevonden prevalentie (hoe dichter bij de 50%, hoe smaller naar verhouding het interval).

onder deze 15 leerlingen slechts enkele gebruikers van zwaardere middelen bevinden, zou dit de volledige verklaring kunnen vormen voor (bijvoorbeeld) het lagere percentage heroïne-gebruikers in de Haagse steekproef.

Generaliseerbaarheden dynamiek populatie

Het onderzoek heeft zich beperkt tot de leerlingen van het gewone Voortgezet Onderwijs. De niet-schoolgaande jeugd, het MBO, de partieel leerplichtigen en het Speciaal Onderwijs waren niet in het onderzoek betrokken. De onderzoeksresultaten mogen dus alleen worden geëxtrapoleerd naar de schooljeugd van het gewone Voortgezet Onderwijs in Den Haag, en zijn vermoedelijk niet van toepassing op de overige Haagse (school)jeugd.

Dit punt noopt ook tot voorzichtigheid bij de vergelijking van de Haagse met de landelijke Voortgezet Onderwijs-jeugd. Zeer wel denkbaar is dat de verhouding (kwantitatief en/of kwalitatief) tussen de leerlingen in het Voortgezet Onderwijs en de overige (al dan niet schoolgaande) jeugd in Den Haag anders is dan in Nederland als geheel. Wellicht leidt een verminderde sociale controle, een zwakker sociaal netwerk en de mogelijke aanzuigende werking van (groepen) jongeren buiten het schoolcircuit ertoe dat een leerling die op school slecht meekomt, in Den Haag eerder afhaakt en buiten het schoolcircuit terecht komt. Ook is voorstelbaar dat de drempel voor het Speciaal Onderwijs in Den Haag lager ligt, bijvoorbeeld in verband met de relatief goede bereikbaarheid ervan. We kunnen kortom niet uitsluiten dat een leerling die het slechter doet op school, in Den Haag eerder uitvalt uit het gewone Voortgezet Onderwijs.

De onderzochte populatie is een resultante van de leerlingenstromen naar en van de verschillende onderwijsvormen (incl. voortijdige schoolverlaters). De ten opzichte van Nederland soms afwijkende Haagse cijfers (zie verder) kunnen een afwijkende situatie bij de Haagse jeugd in het algemeen weerspiegelen, maar ze kunnen ook het gevolg zijn van een andere uitkomst van de beschreven selectiemechanismen.

Leerling of klas als eenheid van onderzoek?

De enquêtes zijn klassikaal afgenomen. Het is denkbaar dat bijvoorbeeld in een bepaalde klas een gezondheidscultus heerst. Indien deze klas toevallig onderdeel uitmaakte van de steekproef, dan heeft deze klas een onevenredig grote invloed op de

resultaten. Uiteraard kan dit worden gecompenseerd door een andere, ook toevallig in de steekproef opgenomen klas, waarin ongezonder gedrag populair is, maar dit betekent wel dat de steekproefvariabiliteit zich gedeeltelijk op het niveau van hele klassen afspeelt (in plaats van op individueel niveau, zoals wordt verondersteld bij het gebruik van de gangbare statistische technieken). Het sterkst speelt dit punt in de paragraaf over de ordening van de schooltypen. Waar Den Haag in deze paragraaf afwijkt van het landelijke beeld, kan dit louter berusten op steekproef-variabiliteit ten gevolge van het geringe aantal klassen per schooltype (zie voor deze aantallen de paragraaf over de Haagse steekproef).

Uniformiteit van dataverzameling

Een laatste probleem, dat zich ook vooral voordoet bij de bespreking van de verschillen tussen de schooltypen, is het verschil in vermogen om de gestelde vragen te beantwoorden. Vooral op het IVBO hebben medewerkers van Jeugdgezondheidszorg soms flink moeten helpen bij het invullen van de vragenlijst. Eén onderzoeksinstrument (één vragenlijst voor alle schooltypen) is nog geen garantie dat de dataverzameling in alle gevallen op een uniforme wijze verloopt.

Een vergelijkbaar punt speelt bij mogelijke verschillen in geneigdheid tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Deze kunnen verschillen tussen grote stad en platteland, tussen sociaal-economische lagen, tussen schooltypen en tussen culturen. Ook hierdoor zijn allerlei vertekeningen mogelijk.

De resultaten

De prevalentie van genotmiddelengebruik is aan de hand van twee vragen in kaart gebracht:

- de vraag of de leerling het middel ooit heeft gebruikt (de 'life time-prevalentie')²⁾;

²⁾ Om de term 'life time prevalentie' naar waarde te kunnen schatten is het van belang te weten hoe de desbetreffende vragen waren geformuleerd:

Roken: 'Heb je wel eens sigaretten gerookt, ook al was dat maar één sigaret (of een paar trekjes) tot nu toe?'

Drinken: 'Hoe vaak heb je alcoholhoudende dranken gedronken? (NB als je alleen alcoholvrije/arme dranken hebt gedronken vul je 0 in!).'

Cannabis: 'Heb je ooit marihuana (wiet, pot) of hasj (hashisch, hasj-olie) gebruikt?'

Gokken: 'Hoe vaak heb jij geld in een gokkast gegooid?'

- de vraag of en zo ja hoe vaak de leerling een middel heeft gebruikt in de vier weken voorafgaand aan de enquête (het 'actuele gebruik').

De antwoorden op deze vragen zijn gegroepeerd naar beide geslachten en uitgesplitst naar leeftijd (12-13 jaar, 14-15 jaar, 16-17 jaar en 18 jaar of ouder). Ook is gekeken naar de verschillende schooltypen.

Voor trends in de tijd waren geen eerdere Haagse cijfers beschikbaar, zodat alleen landelijke trends kunnen worden gepresenteerd.

Prevalentiecijfers

In deze paragraaf staan de Haagse (herberekende) bevindingen centraal (figuren 1a t/m 4a). De landelijke gegevens (figuren 1b t/m 4b) geven enig reliëf aan de Haagse cijfers.

Zoals te verwachten was nemen de *life time-prevalenties* in de meeste gevallen toe met de leeftijd. Waar dit niet het geval is kan dit soms worden verklaard uit het feit dat onder de oudere kinderen uiteraard meer leerlingen zitten van schooltypen met een langere opleidingsduur zoals HAVO en VWO. Voor sommige genotmiddelen geldt dat ze op deze schooltypen minder worden gebruikt.

Het *actuele gebruik* ligt (uiteraard) in alle gevallen

onder de *life time-prevalentie*. Verder zien we dat de relatie met de leeftijd minder sterk is dan bij de *life time-prevalentie*.

Bij alle Haagse grafieken moet men zich realiseren dat het aantal 18-plussers slechts 25 jongens en 24 meisjes bedroeg. Van deze 49 leerlingen zijn er 39 afkomstig van HAVO en VWO.

Omdat in de *life time-prevalentie* uiteraard ook veel experimenteelgedrag aanwezig is, ligt in het artikel de nadruk op het actuele gebruik.

Wat het *roken* betreft (figuur 1a) zien we dat het actuele gebruik bij meisjes vooral toeneemt tussen de leeftijdsgroepen 12-13 jaar en 14-15 jaar, terwijl de sterkste stijging bij de jongens wat later optreedt. Vanaf de leeftijd van 16-17 jaar is het verschil in rookgedrag tussen jongens en meisjes niet wezenlijk meer. Op 18-jarige leeftijd ligt het actuele gebruik van tabak bij beide seksen ruim boven de 40%. Een zorgwekkend hoge prevalentie, hoger dan het gemiddelde gebruik van Nederlandse volwassenen.

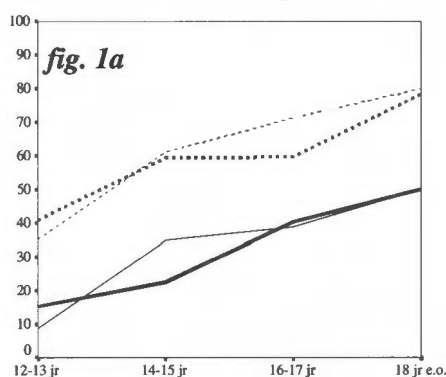
In de landelijke grafiek (figuur 1b) is het verschil tussen jongens en meisjes minder uitgesproken. De prevalentie van actueel roken is onder de 12-13-jarige meisjes reeds 17,5% (jongens: ruim 15%) om

figuren 1a t/m 1b

Life time-prevalenties (ooit)²⁾ en prevalenties van actueel gebruik (afgelopen vier weken) van sigaretten, door scholieren in het Voortgezet Onderwijs naar leeftijd en geslacht^{)}.*

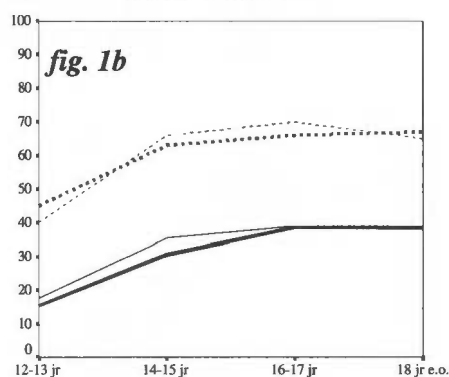
Den Haag en Nederland, 1996.

Den Haag



Roken

Nederland



..... *life time-prevalentie (ooit) onder meisjes*

----- *life time-prevalentie (ooit) onder jongens*

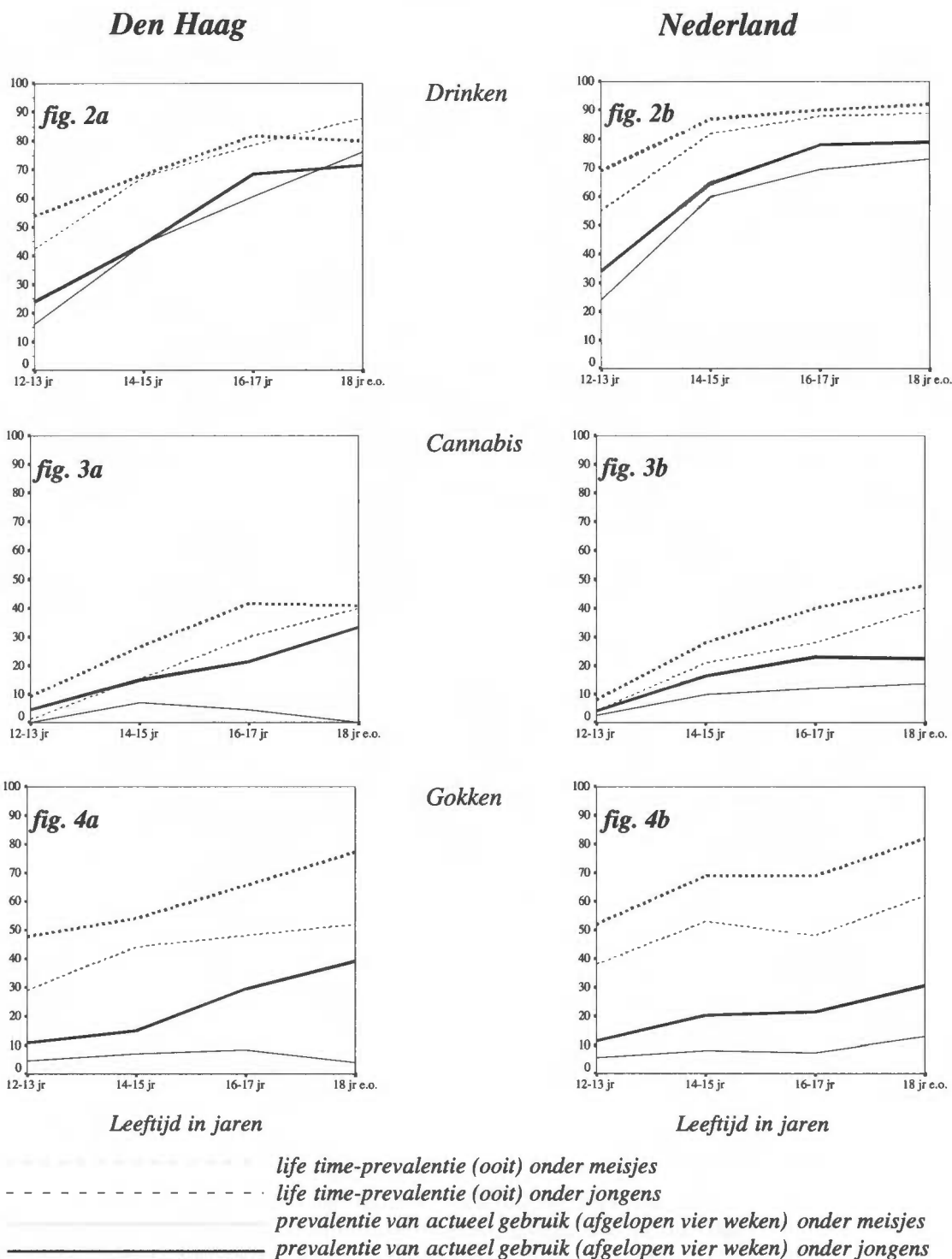
———— *prevalentie van actueel gebruik (afgelopen vier weken) onder meisjes*

———— *prevalentie van actueel gebruik (afgelopen vier weken) onder jongens*

^{*)} De uitkomsten in figuur 1a zijn herberekend naar de feitelijke verdeling van de Haagse schooljeugd over de verschillende schooltypen. Als referentie wordt in figuur 1b dezelfde gegevens weergegeven, maar dan voor de landelijke schooljeugd. In deze landelijke cijfers zijn de basisscholen meegenomen. Gezien de leeftijdsrange zal dit een beperkt effect hebben op de gevonden prevalentie.

figuren 2a t/m 4b

Life time-prevalenties (ooit) ²⁾ zie pag. 22 en prevalenties van actueel gebruik (afgelopen vier weken) van respectievelijk alcohol, cannabis en gokgedrag door scholieren in het Voortgezet Onderwijs naar leeftijd en geslacht ^{)}. Den Haag en Nederland 1996.*



^{*)} De uitkomsten in de figuren 2a t/m 4a zijn herberekend naar de feitelijke verdeling van de Haagse schooljeugd over de verschillende schooltypen. Als referentie worden in de figuren 2b t/m 4b dezelfde gegevens weergegeven, maar dan voor de landelijke schooljeugd. In deze landelijke cijfers zijn de basisscholen meegenomen (met uitzondering van de prevalentie van actueel cannabisgebruik en gokgedrag). Gezien de leeftijdsrange zal dit een beperkt effect hebben op de gevonden prevalentie.

daarna bij beide geslachten geleidelijk te stijgen tot ruim 38% bij de 18-plussers.

Bij het *alcoholgebruik* (figuur 2a) bestaan binnen de Haagse steekproef niet zulke duidelijke verschillen tussen jongens en meisjes. Opvallend is wel dat rond de 20% van de - toch zeer jeugdige - 12-13-jarigen in de afgelopen vier weken alcohol heeft genuttigd. Uit de meer gedetailleerde cijfers (hier verder niet gepresenteerd) blijkt, bij wijze van voorbeeld, dat onder de 14-15-jarige jongens 8,4% meer dan tien keer alcohol heeft gedronken in de afgelopen vier weken. Bij de 16-17-jarige jongens bedraagt dit zelfs bijna 29%.

De landelijke grafieken liggen consequent hoger dan de Haagse (figuur 2b). Landelijk heeft 34% van de 12-13-jarige jongens in de afgelopen vier weken gedronken, van de 12-13-jarige meisjes 24%. Van de 14-15-jarige jongens heeft 19% meer dan tien keer gedronken in de afgelopen vier weken, van de 16-17-jarige jongens 36%.

De cijfers voor *cannabisgebruik* (figuur 3a) liggen duidelijk lager dan die voor roken en drinken. De life time-prevalentie eindigt bij de Haagse 18-plussers op een niveau van ongeveer 40%. Het meest opvallend is het lage niveau van het actuele gebruik bij de meisjes. Vanaf de leeftijd van 14-15 jaar is de curve dalend. Hierin verschilt Den Haag van het landelijke beeld (figuur 3b), waar het actuele gebruik bij zowel jongens als meisjes nergens daalt met de leeftijd.

In figuur 4a ten slotte valt vooral op dat het actuele *gokgedrag* van jongens vanaf de leeftijd van 14-15 jaar flink blijft stijgen; een ontwikkeling die we ook in de landelijke cijfers (figuur 4b) enigszins terugzien.

Den Haag versus Nederland

De hierboven gepresenteerde Haagse en landelijke

gegevens waren (nog afgezien van de kanttekeningen in de paragraaf 'Beperkingen van het onderzoek') niet geheel vergelijkbaar, omdat zoals opgemerkt de verdeling over de schooltypen in Den Haag niet precies gelijk is aan de landelijke verdeling. Voor een vergelijking met de landelijke cijfers hebben we daarom gebruik gemaakt van de *ongewogen* cijfers van de Haagse steekproef (3); de verdeling over de schooltypen is daarbij dus gelijk.

Uit deze vergelijkingen blijkt onder meer het volgende.

- Voor *roken* liggen de cijfers in Den Haag vrijwel even hoog als landelijk.
- Voor *alcoholgebruik* liggen de cijfers in Den Haag significant lager dan landelijk. Dit geldt zowel voor jongens als voor meisjes en voor zowel de life time-prevalentie als het actuele gebruik.
- Voor *cannabisgebruik* liggen de Haagse cijfers vrijwel op hetzelfde niveau als de landelijke cijfers, met één, opvallende en significante, uitzondering. Het actuele gebruik ligt bij de meisjes ongeveer op de helft van het landelijke cijfer.
- Voor actueel *gokken* liggen de Haagse cijfers precies even hoog als de landelijke cijfers, maar voor de life time-prevalentie liggen de Haagse cijfers significant lager.

Voor *paddo's*, *XTC*, *amfetamine*, *cocaïne* en *heroïne* geldt dat de Haagse cijfers niet opvallend verschillen van de landelijke cijfers. Laatstgenoemde worden gepresenteerd in tabel 1 (2).

De life time-prevalentie van *slaap- en kalmeringsmiddelen* ligt ongeveer even hoog als landelijk (in de orde van 11%). Het actuele gebruik van deze middelen (in de orde van 1 tot 3,5%) ligt in Den Haag iets lager dan het Nederlandse gemiddelde.

Overall is het beeld in Den Haag dus niet ongunstiger dan landelijk en in sommige opzichten zelfs gunstiger. Gegeven de hierboven gepresenteerde

tabel 1

Gebruik van illegale drugs door scholieren in het Voortgezet Onderwijs. Nederland 1996.

	Life time-prevalentie (ooit)			Actueel gebruik (afg.4wk.)		
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal
Paddo's	5,9	2,7	4,2	2,0	1,0	1,5
XTC	6,9	4,3	5,6	2,9	1,5	2,2
Amfetamine	6,8	3,4	5,1	2,5	1,2	1,8
Cocaïne	3,4	2,4	2,9	1,3	0,8	1,1
Heroïne	1,4	0,8	1,1	0,7	0,3	0,5

Haagse gegevens is er echter weinig reden tot tevredenheid. Beter dan elders is helaas niet synoniem met bevredigend.

Verschillen tussen schooltypen

Het genotmiddelengebruik is op de verschillende vormen van Voortgezet Onderwijs niet gelijk. Omdat het Trimbos-instituut niet alleen het Haagse, maar ook het landelijke bestand aan de GGD ter beschikking heeft gesteld, kon in beide bestanden een ordening worden aangebracht in de schooltypen, met correctie voor verschillen in geslacht en leeftijd. De brugklassen zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Bij *roken* is het algemene beeld dat de prevalentie (life time en actueel gebruik) afneemt naarmate het schoolniveau hoger ligt. De reeks luidt dus: (I)VBO, MAVO, HAVO, VWO.

De ordening naar schooltype is bij het *alcoholgebruik* totaal anders. Hier is de prevalentie (life time en actueel gebruik) landelijk het hoogst op de HAVO. Bij de Haagse geënqueteerde scholieren is de prevalentie daarentegen het hoogst op VWO en MAVO en het laagst op de HAVO.

Evenwel werd in de paragraaf 'Beperkingen van het onderzoek' gewezen op het geringe aantal klassen per schooltype (onder andere: slechts negen VWO- en acht HAVO-klassen). Daarom kan uit deze gegevens niet worden geconcludeerd dat het beeld in Den Haag afwijkt van het landelijke beeld.

Bij uitsplitsing naar geslacht zien we dat de verschillen tussen de schooltypen bij de meisjes groter zijn dan bij de jongens (zowel in het landelijke als in het Haagse bestand).

In het landelijke bestand zijn de prevalentiecijfers van het *cannabisgebruik* (life time en actueel gebruik) het hoogst op de HAVO, dus net zoals bij alcohol. In Den Haag zijn de cannabiscijfers het hoogst voor de MAVO.

Bij uitsplitsing naar geslacht blijken de verschillen tussen de schooltypen ook wederom het grootst bij de meisjes.

Bij het *gokken* is het beeld voor de life time-prevalentie verschillend van het beeld voor het actuele gokken. Zowel landelijk als in Den Haag is de MAVO koploper bij de life time-prevalentie en het (I)VBO bij het actuele gokken.

Landelijke trends in de tijd

De landelijke trends in genotmiddelengebruik door de schooljeugd van 12 jaar en ouder luiden als volgt (2).

Voor *roken* is de life time-prevalentie tussen 1984 en 1988 gestegen van 33% naar 54% en sindsdien niet meer sterk veranderd; het actueel roken bleef constant op circa 15%.

Voor *alcoholgebruik* is de life time-prevalentie in 1984 niet gemeten en is deze sinds 1988 gestegen (van 71% naar 77%). Het actuele gebruik daalde tot 1992, om in 1996 weer te stijgen tot ongeveer het niveau van 1984 (52%).

Bij *cannabisgebruik* nam de life time-prevalentie sedert 1984 toe van 5% naar 20% en het actuele gebruik van 2% naar 11%.

Over *gokken* zijn alleen cijfers bekend uit 1992 en 1996; hierin zit een dalende tendens.

Zoals gezegd kunnen geen Haagse trends worden gepresenteerd. De mogelijkheid bestaat dat trends in de grote steden anders zijn dan landelijk dan wel niet synchroon lopen.

Slot

In dit artikel zijn de prevalentiecijfers gepresenteerd van het genotmiddelengebruik door de Haagse schooljeugd in het Voortgezet Onderwijs. Deze cijfers verschillen meestal niet sterk van de landelijke cijfers en zijn op een aantal punten gunstiger. Gegeven de beperkingen van het onderzoek moeten terughoudend zijn met het trekken van conclusies. In een volgend artikel wordt ingegaan op de invloed van achtergrondkenmerken van de respondenten op de prevalentiecijfers. Tevens zal worden bekeken in hoeverre hiermee kan worden verklaard waarom de Haagse cijfers op sommige punten afwijken van de landelijke.

Literatuur:

1. Zwart WM de, Stam H, Kuipers SBM. Kerngegevens 'Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar' van het 4e Peilstations-onderzoek naar riskant middelengebruik. Trimbos-instituut, Utrecht 1997.
2. Kuipers SBM, Stam H, Zwart WM de. Jeugd en riskant gedrag. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbos-instituut, Utrecht 1997.
3. Brief van de Wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie (WGSR), drs. J.J. Luijten, aan de Gemeenteraadscommissie WGSR 3 oktober 1997.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Voorlichting-1

Het ziekenhuis in Cybercity

Een jubileum is altijd een goede reden voor een feest. Den Haag bestaat dit jaar 750 jaar. Het Westeinde Ziekenhuis - sinds 1 januari 1998 één van de locaties van het Medisch Centrum Haaglanden - bestaat 125 jaar.

Het Museon viert het 750-jarig bestaan van Den Haag met een tentoonstelling over een stad in de toekomst: 'Cybercity, leven in de toekomst'. Daarvoor heeft het Museon een wedstrijd georganiseerd waarbij leerlingen van de basisonderbouw aan de hand van verschillende thema's (zoals 'winkel', 'school', 'werk', 'natuur en milieu' en 'ziekenhuis') ontwerpen konden maken. Elk thema werd aan de leerlingen gepresenteerd in een lespakket, zodat het onderwerp eerst kon beklijven voordat de ontwerpen voor de toekomst (het jaar 2030 werd als richtjaar genoemd) werden gemaakt.

Het thema 'ziekenhuis' is ingevuld door het Westeinde Ziekenhuis, aangezien het een goede mogelijkheid bleek invulling te geven aan het jubileummotto van het ziekenhuis 'Voor de mensen om ons heen'. De inhoud van het project werd bepaald door twee lijnen: het Westeinde Ziekenhuis

nu in de multiculturele samenleving en de gezondheidszorg straks in Cybercity 2030.

Het lespakket (tot stand gekomen i.s.m. met het NOVIB) bestaat uit een voorleesverhaal, waarop steeds aanvullende lessuggesties worden gedaan.

Het voorleesverhaal begint met Oki-Yeh. Bij het skaten valt hij zo hard, dat hij naar het ziekenhuis moet worden gebracht. Op de kinderafdeling ontmoet hij kinderen: Freek, Cheng, Safia en Helga. De kinderen maken kennis met elkaar. De familie van Oki-Yeh komt uit Ghana, en die van Cheng uit China. Freek en Helga zijn in Nederland geboren en Safia in Turkije.

Het lespakket bestaat uit verschillende onderdelen, zoals:

- het ziekenhuis (met lessuggesties als het zoeken van documentatiemateriaal over ziekenhuizen en gezondheidszorg, het maken van een 'ziekenhuistafel' en een collage of een kwartetspel);
- de verhalen van Oki-Yeh, Helga, Safia en Cheng als inleiding op ziekte(beleving) en behandeling in verschillende culturen (met als lessuggesties een toneelstukje over gezond eten)
- Ziek zijn in Cybercity met vragen over: hoe zal een ziekenhuis er uit zien in de toekomst. (Gaat alles via de computer of komen er ook nog mensen

langs; welke uitvinding zou zieken kunnen helpen; hoe zorgt het ziekenhuis van de toekomst ervoor dat mensen van verschillende culturen zich er thuis voelen?) Het ontwerpen van een (technisch) apparaat, een ziekenhuisafdeling, een stripverhaal en/of een Ansichtkaart zijn lessuggesties.

Tot de mogelijkheden behoorde ook een rondleiding in het Westeinde Ziekenhuis en het huren van een leskoffer. Deze kist bevat voorwerpen uit de gezondheidszorg hier en elders in de wereld.

Ten slotte werd de mogelijkheid geboden tot een toneeldag in het Westeinde Ziekenhuis, waarbij een docent van het Brabants Bonte Kindertheater met de leerlingen werkte aan een toneelstuk waarin de diversiteit van patiënten en hulpverleners aan de orde wordt gesteld.

23 groepen in de bovenbouw van de basisscholen hebben gebruik gemaakt van het lespakket 'Het ziekenhuis in Cybercity'. Bij het beoordelen van de verhalen en de ontwerpen die kinderen hadden gemaakt, viel op dat de uitbreiding van technische mogelijkheden, waarbij veel robots en computers een rol spelen, positief wordt beschreven met als argument dat de 'dokters en zusters' dan meer tijd hebben voor de patiënten. Zo is het ontwerp voor de 'KinderwagencouveuseKombi' (te zien in het Museon) illustratief voor het

streven de techniek in dienst te stellen van de kwaliteit van de zorg. Een bezoek aan de couveuse-afdeling leidde bij één van de leerlingen tot de conclusie dat couveuses op zich goed waren, maar dat de mogelijkheid ontbrak om ermee uit wandelen te gaan.

Bij de verschillende activiteiten is gebleken dat 'ziek zijn en beter worden' onderwerpen zijn waar vrijwel alle kinderen in zijn geïnteresseerd. Van het enthousiasme en de creativiteit waarmee de leerlingen het thema gezondheidszorg benaderen, zou menig bestuurder en manager waarschijnlijk graag gebruik maken.

De origineelste ontwerpen van kinderen zijn tot 20 september te zien in de tentoonstelling 'Cybercity' in het Museon. In het najaar zal het Westeinde Ziekenhuis zelf een expositie inrichten. Het lespakket kan nog door scholen worden besteld bij de Novib (Alex van Zundert, 070 - 342 16 59).

Actuele informatie

Aanpassing fluoride-advies

Het huidige fluoride-advies wordt met ingang van 1 oktober 1998 aangepast. Het Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten, een wetenschappelijke raad op het gebied van de tandheelkundige preventie, heeft dit aan het Ivoren Kruis geadviseerd op basis van nieuwe gegevens uit de literatuur. Het Ivoren Kruis heeft dit advies overgenomen.

Het aangepast fluoride-basisadvies luidt in het kort als volgt:

- 0 en 1 jaar:

vanaf het moment dat de eerste tanden zijn doorgebroken: 1x per dag poetsen met fluoride-peutertandpasta;

- 2,3 en 4 jaar:

2x per dag poetsen met fluoride-

peutertandpasta;

- vanaf 5 jaar:

2x per dag poetsen met fluoride-tandpasta voor volwassenen.

Voor alle leeftijden geldt: extra maatregelen op individueel advies van de consultatiebureau-arts, tandarts of mondhygiënist.

De belangrijkste aanpassing is dat er meer nadruk is komen te liggen op het vroeg beginnen met tandenpoetsen met peutertandpasta met een hogere concentratie fluoride. De meeste van deze peutertandpasta's zullen dit jaar rond oktober een hogere fluorideconcentratie bevatten dan nu. Met de fabrikanten is hierover overeenstemming bereikt.

Met de nieuwe tandpasta krijgen kinderen voldoende fluoride binnen. In het basisadvies, zoals hiervoor weergegeven, worden dus geen fluoridetabletjes meer geadviseerd.

Foto: Nico de Vries



Casemanagement voor druggebruikers met HIV/AIDS

Druggebruikers verkeren nogal eens in een kwetsbare positie. Niet zelden leidt een druggebruiker een zwerfend bestaan, verstoken van de meest basale bestaansvoorwaarden, waardoor hij of zij moeilijk of niet bereikbaar is voor preventie en (vroeg) zorg. Wanneer de druggebruiker is geïnfecteerd met HIV wordt de situatie extra riskant, niet alleen vanwege de eigen gezondheid maar ook vanwege de kans, via risicovol gedrag, HIV (AIDS-virus) over te dragen op anderen.

Voor druggebruikers met HIV/AIDS kan in Den Haag e.o. een casemanager worden ingeschakeld. Door actief betrokkene (outreaching) te benaderen kan worden voorkomen dat een druggebruiker met HIV/AIDS verstoken blijft van essentiële zorg en in een isolement terecht komt met alle gezondheidsrisico's van dien. In de meeste gevallen onderkent de druggebruik(st)er met HIV/AIDS het belang van bemoeienis door de casemanager en kan door laatstgenoemde daadwerkelijk ondersteuning worden gegeven bij het aanpakken van diverse (gezondheids)problemen.

Aanvankelijk werkte de casemanager vanuit de verslavingszorg. Vanaf 1995 is de casemanager gedetacheerd bij de GGD, afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding (18 uur per week). In de praktijk bleek het gemakkelijker vertrouwen bij de doelgroep te winnen wanneer ondersteuning en/of bemiddeling bij zorg gebeurt vanuit de brede invalshoek van infectieziektenbestrijding en algemene gezondheidszorg dan wanneer dit gebeurt vanuit de verslavingszorg.

De casemanager had in maart 1998 een caseload van 25 harddruggebruikers met HIV/AIDS. Eind jaren tachtig en begin jaren negentig ging het vooral om druggebruikers die drugs injecteerden. Nu is veelvuldig sprake van polydruggebruik, waaronder XTC, speed, base coke (gekookte cocaïne en crack). De meeste druggebruikers met HIV/AIDS gebruiken ook overmatig alcohol.

Bij bijna alle druggebruikers met HIV/AIDS die de casemanager onder zijn hoede heeft kan worden gesproken van meervoudige en complexe problematiek. Ter illustratie worden enkele casussen beschreven. Ze illustreren dat het soms zeer moeizaam is en veel doorzettingsvermogen vraagt verspreiding van het AIDS-virus te voorkomen en de gezondheid (en het welzijn) van de druggebruiker, waar mogelijk, te verbeteren. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de druggebruiker is hiervoor voorwaarde.

Een Surinaamse man, 35 jaar oud en HIV-geïnfecteerd, heeft (nog) geen ziekteverschijnselen. Hij heeft (huur)schulden en problemen op het werk. Sinds enige tijd gebruikt hij base coke. Om uit de schulden te komen wil hij blijven werken (in de prostitutie). Hij komt door zijn cocaïnegebruik in een vicieuze cirkel terecht.

De casemanager heeft betrokkene in contact gebracht met de drughulpverlening. Aan de financiële problemen wordt gewerkt en de casemanager motiveert de man tot veilig seksueel contact.

Een vrouw, 38 jaar oud, afkomstig uit Italië is vanaf haar 16e verslaafd aan harddrugs. Ze verbleef al elf jaar illegaal in Nederland waar ze met prostitutie haar geld

verdiende om vooral haar dope te kunnen betalen. Ze werd erg ziek en in een ziekenhuis opgenomen waar de diagnose AIDS werd gesteld.

De casemanager heeft onder andere bemiddeld bij het verkrijgen van een verblijfsvergunning, onderdak, een uitkering en een verzekering. Regelmatig werd aangehouden op de noodzaak van veilige seksuele contacten. Ze is vorig jaar overleden tengevolge van een overdosis drugs.

Een Marokkaanse man, 35 jaar oud, heeft AIDS en krijgt tripletherapie (drie HIV-remmers; twee reverse transcriptase en een protease remmer). Het zijn pillen die zeer strikt moeten worden ingenomen vanwege het risico op resistentie. Hij is verslaafd aan base coke, waarvoor hij aanvankelijk niet durfde uit te komen omdat hij bang was dan niet meer in aanmerking te kunnen komen voor de therapie. Om de verslaving te bekostigen heeft betrokkene - tegen betaling - seks met mannen. Vanwege het cocaïnegebruik houdt de man het strenge slikgereguleer van de triple therapie niet vol.

De casemanager heeft met de man vastgesteld wat haalbaar zou zijn. Na overleg met de AIDS-consulent en de verslavingszorg werd een opname gerealiseerd. De voortzetting van de triple-therapie is (voorlopig) gegarandeerd.

Casemanager voor druggebruikers met HIV/AIDS, de heer M. Stemkens, GGD, produktgroep Algemene Gezondheidszorg, tel.: 070 - 353 71 63, of 079 - 330 12 05, of 06 - 59 82 77 55.

Voorlichting-2

Veiligheidsmap senioren

Bij maar liefst 82% van alle dodelijke ongevallen in en om het huis betreft het senioren (55 jaar en ouder). Bovendien worden gemiddeld 110.000 senioren per jaar behandeld op de afdeling Spoedeisende Hulp na een ongeval in de huiselijke omgeving.

Veel van deze ongevallen in of rondom huis kunnen worden voorkomen. Het goed informeren van senioren over producten die de veiligheid in en om huis bevorderen levert hieraan een bijdrage. Consument en Veiligheid heeft daarom een map als losbladig geïllustreerd naslagwerk samengesteld waarin deze producten worden besproken: de 'Veiligheidsmap senioren'. Per product wordt aangegeven waar het te koop is en hoe het veilig en gemakkelijk kan worden gebruikt. Bovendien zijn in de map twee handige brochures opgenomen: 'Voorkom ongelukken in huis', 'Handige doe-het-zelf tips voor iedereen' en 'Handige huishoudelijke tips voor iedereen'.

De map kost f. 50,- (incl. BTW en verzendkosten) en kan (schriftelijk) worden besteld bij Consument en Veiligheid, Postbus 75169, 1070 AD Amsterdam, fax: 020 - 669 28 31, onder vermelding van Veiligheidsmap senioren, bestelnummer "pmap 10".

Verwijsgids opvang van daklozen, vrouwen en andere kwetsbare groepen

Bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) is verschenen het 'Vademecum Opvang

98/99', een landelijke verwijsgids met praktische informatie over voorzieningen in de algemene crisisopvang, vrouwenopvang, evangelische opvang, thuislozenzorg, sociale pensions en begeleid wonen. Daarnaast vermeldt de geheel geactualiseerde gids opvangvoorzieningen uit aangrenzende werkvelden, zoals: beschermende woonvormen, crisisinterventie, de opvang van (ex-)psychiatrische cliënten, de verslavingszorg, de opvang van (zwerf)jongeren en van ex-gedetineerden. Het Vademecum wordt om de twee jaar volledig geactualiseerd. Vergeleken met de vorige editie 96/97 is de omvang van deze editie aanmerkelijk toegenomen: van 230 naar 335 opvangvoorzieningen. De publicatie kost f. 35,- en kan onder vermelding van bestelnummer E 11844 worden besteld bij de NIZW Uitgeverij, tel. 030 - 230 66 07, fax 030 - 230 64 91, E-mail Bestel@nizw.nl.

Nieuw overzicht patiëntenvoorlichtingsactiviteiten binnen ziekenhuizen

In de maand april is bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) het overzicht 'Wijzer in voorlichting: Overzicht van patiëntenvoorlichtingsactiviteiten binnen ziekenhuizen, deel II' verschenen. Het overzicht is bedoeld voor iedereen die betrokken is bij de opzet en uitvoering van patiëntenvoorlichting binnen algemene en academische ziekenhuizen en revalidatiecentra.

De Wijzer in voorlichting bevat korte beschrijvingen van bijna 500 activiteiten op het gebied van patiëntenvoorlichting uitgevoerd door 90 ziekenhuizen en revalidatiecentra.

Het overzicht bestaat uit twee de-

len. Het eerste deel geeft activiteiten per specialisme, zoals heelkunde, interne, gynaecologie en kindergeneeskunde. Het tweede deel bevat voorwaardenscheppende activiteiten met betrekking tot deskundigheidsbevordering en beleid.

In de korte beschrijvingen staan naast onder andere doelen, doelgroepen, samenvattende beschrijvingen en beschikbare materialen en rapporten ook voor ieder project de contactpersoon in het betreffende ziekenhuis vermeld.

De informatie kan patiëntenvoorlichters inspireren bij hun werk, geeft hun aanknopingspunten voor samenwerking en biedt mogelijkheden voor het gebruik maken van ervaringen elders.

Voor informatie: NIGZ, tel. 0348 - 43 76 00, fax 0348 - 43 76 66.

Rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie

Bij het Trimbos-instituut verscheen 'Een zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie'. Dit is bedoeld voor jongeren die hun eerste psychotische periode achter de rug hebben en daarvoor zijn behandeld. Het programma is erop gericht dat jongeren hun leven weer gaan oppakken en daarbij leren om stress te hanteren en terugval naar psychose te voorkomen.

Het programma voorziet in psychiatrische behandeling en crisisopvang, ondersteuning bij maatschappelijk functioneren, een veel-omvattend rehabilitatieaanbod, belangenbehartiging en coördinatie van de hulp. Bij de uitvoering van het programma wordt gebruik gemaakt van het reeds bestaande aanbod aan hulpvormen in en buiten de GGZ.

Het NFGV financierde de studie waarop het programma is gebaseerd. Opdrachtgever voor deze studie was de Stichting Een op de Honderd, waarin ouders van (ex-)cliënten en stafleden van de adolescentenkliniek van het AMC in Amsterdam zich inzetten voor verbetering van de zorg en de maatschappelijke positie van de (ex-)cliënten van deze kliniek.

'Een zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie' (ISBN 90-5253-236-2) kost f. 27,50 en is verkrijgbaar bij het Trimbos-instituut, tel. 030 - 297 11 00.

Gehoord of Gelezen

Versplinterde huisartsenzorg in Haagse achterstandswijken

In het tijdschrift *Medisch Contact* van 3 april 1998 lazen wij het artikel 'Versplinterde huisartsenzorg in Haagse achterstandswijken'. Daarin zeggen P. Laeven, stafmedewerker Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, en M. de Haan, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, VU te Amsterdam, dat 'de huisartsenzorg in achterstandsgebieden zo zou moeten worden georganiseerd dat de artsen zich HAGRO- en praktijkgewijs zoveel mogelijk concentreren op een geografisch werkgebied en de daar wonende bevolking. Uit onderzoek van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra naar de bevolkingsspreiding van twee Haagse wijken over de huisartsen blijkt dat daarvan geen sprake is. Hoe komt het dat de bewoners van deze wijken bij zoveel verschillende huisartsen staan ingeschreven?'

'In sommige steden staat de bevol-

king van achterswijken overtientalen huisartsen verspreid ingeschreven. Er is dan geen sprake van dat enkele dokters het leeuwendeel van de wijkbevolking in hun praktijk hebben. Dit betekent dat huisartsen met plukjes patiënten uit dergelijke wijken weinig ervaring hebben met de leefsituatie van deze mensen. En dat, terwijl de leefomstandigheden in achterstandswijken vaak aanleiding geven tot psychosociale en lichamelijke klachten.'

'Deze gefragmenteerde huisartsenzorg verhindert bovendien dat er structurele samenwerking tussen huisartsen en collega-hulpverleners totstandkomt. Evenmin is er sprake van beleid om de in de leefomstandigheden gelegen oorzaken van ziekte te bestrijden.'

'De Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) heeft in 1992 en in 1995 onderzoek gedaan naar de spreiding van de bevolking van twee Haagse achterstandswijken over de huisartspraktijken in Den Haag. Dit gebeurde in opdracht van de Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG) in het kader van onderzoek naar de haalbaarheid van gezondheidscentra in deze wijken. Uit de onderzoeken bleek dat de bevolking van de onderzochte wijken bij meer dan 200 huisartsen staat ingeschreven.'

In het artikel beschrijven de auteurs van de twee onderzochte wijken het onderzoek in wijk-Transvaalkwartier. Tevens gaan ze in op de oorzaken en de gevolgen van deze adherentieproblematiek voor de organisatie van de gezondheidszorg en voor de bevolking. Ten slotte doen zij aanbevelingen om de geschetste adherentieproblematiek aan te pakken.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 33 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd.

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

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het eerste kwartaal 1998.

Van de 2 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten liep 1 patiënt de besmetting op tijdens vakantie in Marokko. Van de andere patiënt bleef de bron onbekend.

Er werden 63 hepatitis A-patiënten aangegeven. Verschillende patiënten werden door gezinsleden besmet. Op diverse scholen werd actie ondernomen. Op een school werd in een klas aan 10 kinderen een vaccinatie met gamma-globuline gegeven. Op een school voor speciaal onderwijs werd na verschillende gevallen van geelzucht aan alle kinderen en leerkrachten preventief een vaccinatie met gamma-globuline gegeven. Op nog een school werd alleen aan de leerkrachten een vaccinatie met gamma-globuline gegeven. Bij velen bleef de bron onbekend.

Van de 4 gemelde hepatitis B-patiënten liepen 3 patiënten hun besmetting via seksuele contacten op. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend.

Van de 3 gemelde malaria-

patiënten kregen 2 patiënten malaria na een vakantie bij familie in Afrika (resp. Togo en Ghana). Deze patiënten hadden geen malariaprofylaxe genomen (*Plasmodium falciparum*). Een patiënt, afkomstig uit Sri Lanka, had nooit malariaprofylaxe genomen.

Er werden 6 meningococcopatiënten aangegeven. Alle familieleden en vrienden die intensief contact met de patiënten hadden, kregen profylaxe. De bemanning van de ambulance die een patiënt vervoerd had, kreeg ook profylaxe voorgeschreven.

Verder werden de scholen geïnformeerd.

Van de 30 gemelde pertussispatiënten kwamen de meeste besmettingen voor in de leeftijdsgroep van 1 tot 15 jaar. Bijna alle kinderen waren gevaccineerd. Bij enkele personen werd een neuskwiek afgenomen. Allen waren negatief.

Alle 7 gemelde rubella-patiënten waren woonachtig in een opvanghuis voor asielzoekers. Er werd actie ondernomen voor zwangere vrouwen zonder anti-stoffen en in de eerste vier maanden van de zwangerschap door ze tijdelijk uit huis te plaatsen. Ze werden serologisch gevolgd. Het opvanghuis werd tijdelijk gesloten voor nieuwe opnamen van vrouwen en kinderen. Alleen volwassen mannen werden toegelaten.

Van de 43 aangegeven scabiespatiënten vonden de meeste besmettingen plaats in gezinsverband.

Alle 11 gemelde voedselinfectiepatiënten werden ziek na een groepsetentje. Door de GGD werd

HIV/AIDS

Nederland kent bij diagnostisering van de ziekte AIDS geen aangifteplicht. De GGD Den Haag,

tabel 1

Overzicht van aandoeningen geconstateerd ten tijde van de diagnosestelling AIDS ^{a)} Den Haag, t/m maart 1998.

Aandoening	Aant
Wasting syndroom	33
Opportunistische infecties:	
Pneumocystis carinii-pneumonie	94
Toxoplasma gondii-encephalitis	29
Enteritis door <i>Cryptosporidium muris</i>	4
Oesophagitis door candida	74
Cytomegalovirus infectie:	
retinitis	7
enteritis	3
colitis	1
pancreatitis	1
niet gespecificeerd	4
Meningitis door <i>Cryptococcus neoformans</i>	3
Pneumonie door <i>Cryptococcus neoformans</i>	2
Herpes simplex-infectie (chron. mucocutaan of gedissemineerd)	35
Gedissemineerde infectie met atypische mycobacteriën	3
Gedissemineerde infectie met <i>Histoplasma capsulatum</i>	3
Prog. multifocale leuko-encefalopathie	1
Extrapulmonale tuberculose	6
Andere secundaire infecties:	
Recidiverende bacteriaemieën met <i>Salmonella</i>	2
Pulmonale tuberculose	11
Mediastinale tuberculose	1
Herpes zoster (in meer dermatomen)	1
Secundaire maligniteiten:	
Kaposi-sarcoom	40
Lymfomen/maligniteiten	20
Overige aandoeningen:	
<i>Mycobacterium avium</i> infectie	2
Meningitis (niet gespecificeerd)	5
Pneumonie door herpes (Fulminante) hepatitis	1
Chron. interstitiële lymfoïde pneumonie	3
Chron. interstitiële lymfoïde pneumonie	4
Enteritis door <i>Shigella</i>	2
Neurologische verschijnselen:	
HIV encefalopathie	21
Totaal	314

^{a)} Combinaties mogelijk

afdeling Algemene Infectieziektenbestijding, heeft desondanks artsen die in Den Haag praktiseren dringend gevraagd gevallen van AIDS te melden. Dit gebeurt sinds 1986, aan de hand van een registratieformulier dat met dat doel is ontworpen. De registratie is ano-

niem. Uitsluitend de geboortedatum en het geslacht van de patiënt worden vastgelegd, mede om dubbeltellingen (vrijwel) uit te sluiten.

Ter informatie wordt een uitgebreid overzicht (tabel 1) gegeven van de aandoeningen die zich bij patiënt voordeden op moment van de diagnosestelling AIDS (indeling volgens de Centers for Disease Control and Prevention).

In de periode 1986 - maart 1998 zijn cumulatief 314 gevallen van AIDS bij de GGD gemeld ^{*)}. Op 1 januari 1998 waren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg 4.630 gevallen van AIDS in Nederland bekend.

^{*)} Hierin zijn dus niet meegenomen diegenen die HIV-seropositief zijn en al dan niet ziekteverschijnselen hebben, en waarbij de ziekte AIDS (nog) niet is gediagnostiseerd.

Aan deze rubriek werkten mee:
Rob Huijsen, arts infectieziektenbestrijding HIV/AIDS;
Mw. Ferida de Jongh-Wieth, coördinator HIV/AIDS;
Mw. C.J. Kruijthof, stafmedewerker zorg, Medisch Centrum Haaglanden;
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);
Mw. G.J. Wijkmans;
K.B. Yap (GGD West-Holland).

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1998 1e kw	1998 2e kw	1998 3e kw	1998 4e kw	1997 t/m 1e kw	1998 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	9				5	9
		morbilli (B)						
		(atyp.) pertussis (B)**	43				40	43
		rubella (B)	7					7
		tuberculosis (B)	19				29	19
		parotitis epidemica (C)						
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	10				19	10
		syfilis prim./sec. (C)	3				10	3
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	4				10	4
		HIV-infectie/Aids (1)***	1				3	1
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	66				40	66
		dysenteria bacillaris (B)(3)	3				3	3
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	48				42	48
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)					1	
		Q-koorts (B)(5)						
	insectenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4					4
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
brucellosis (B)(5)								
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)						
	consumptie	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	13				7	13
		febris typhoidea (A)						
		paratyfus B (B)						
	botulisme (B)(7)							
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)							
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal								
			229				206	229

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

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

korte berichten

