



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Interview met de wethouder

Praktijkverpleegkundige in de eerste lijn

Zorg voor dak- en thuislozen met psychiatrische problemen

Dagboek van twee fysiotherapeuten

epidemiologie

Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (II)

korte berichten

jaargang 33, 1998

nummer 3

Colofon

September 1998

33ste jaargang nr. 3

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag

R.H. Jamin, huisarts in Den Haag

mw. C.J. Kruijthof, Medisch Centrum

Haaglanden, locatie Westeinde ziekenhuis

mw. F.L. van Leeuwen, arts,

Stichting Thuiszorg Den Haag

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

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

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

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

Dienst OCW Den Haag

drs. E. Pieters, Riagg Noordhage

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

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

GGD Den Haag

m.m.v. drs. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en drs. A. Pols

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn

GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag

Bezoekadres: Thorbeckelaan 360

mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96

fax.: 070 - 353 72 92

email: cwburgi@ocw1.denhaag.nl

Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk *in overleg met de redactie*. De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

Inhoud

Volksgezondheid

- Interview met Jetta Klijnsma
De nieuwe Haagse wethouder voor Welzijn,
Volksgezondheid en Emancipatie
R. Jamin 1
- De ontwikkeling van de functie van praktijk-
verpleegkundige in de eerstelijnszorg in Den Haag
Mw. F.L. van Leeuwen en F.M.M. van Exter 4
- De zorg voor dak- en thuislozen met psychiatrische
problemen in Den Haag
Waar staan we en hoe verder?
M.B.J. Blom 10
- 'Kijk in de wijk'
Het dagboek van een fysiotherapeut in de
Stationsbuurt en in het Statenkwartier
Mw. M. de Haas en Mw. H. Visser-Verbree 16

Epidemiologie

- Veel genot en wijsheid?
Genotmiddelengebruik onder de Haagse
schooljeugd (II)
*M.R.J.M. Fengler, B.J.C. Middelkoop en
M.A.T.W. Zwartendijk-Schats* 21

Korte berichten

27

Interview met Jetta Klijnsma

De nieuwe Haagse wethouder voor Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie

R.H. Jamin

Ze is afgestudeerd historica. Werkte als medewerker - later als hoofd - van de beleidsafdeling van de PvdA van de Tweede Kamerfractie. Haar voornaamste aandachtsgebied was daar Binnenlandse Zaken. Ook was ze, gedurende twee periodes, gemeenteraadslid in Den Haag. Nu, sinds maart 1998, is Jetta Klijnsma wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie. Een introductie.



Haar eerste kennismaking met het beleidsterrein volksgezondheid en zorg vond plaats als voorzitter van de Projectgroep Gezondheidszorg Centrumwijken Den Haag. Dat was een gremium waarin alle gezondheidsorganisaties die een taak hadden in Centrum, op bestuursniveau waren vertegenwoordigd.

'Het was al heel wat om bij elkaar over de muur te kijken, maar het bleek niet echt mogelijk om door de muren heen te breken. Men zat er toch - en dat is in het huidige tijdsgewicht van marktwerking wel te begrijpen - vooral vanwege de eigen belangen. Van daaruit is de STIOM (STichting Ondersteuning Maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg) ontstaan ten behoeve van de centrumwijken van Den Haag. De STIOM opereert op het niveau van de hulpverleners zelf: om de tafel zitten daar huisartsen, fysiotherapeuten, algemeen maatschappelijk werkers, verloskundigen, de thuiszorg, welzijnswerkers, sociaal raadslieden, enzovoort. Op tafel komen concrete problemen in de hulpverlening, die niet door de individuele hulpverleners kunnen worden opgelost, maar wel in nieuwe samenwerkingsverbanden. De STIOM vormt een onafhan-

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

kelijk projectbureau; alle betrokken organisaties dragen intussen bij aan de financiering. Mijn taak als voorzitter was onder meer om deze financiering te regelen; dat was niet altijd eenvoudig.

Het is altijd mijn streven geweest om het klein te houden; wanneer zo'n coördinerende organisatie te groot wordt gaat ze een eigen leven leiden. De onafhankelijkheid is ook een groot goed; dat maakt het mogelijk, om met vertrouwen van de deelnemende partijen, slagvaardig op te treden. De hulpverleners uit de verschillende disciplines stimuleren elkaar en zo ontstaan vernieuwingen in de zorg. Ook de wisselwerking tussen het project, het beleid en bestuur is belangrijk. We hebben bijvoorbeeld twee keer bezoek gehad van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid; ik vlei me met de gedachte dat mede daardoor het Fonds ten behoeve van Huisartsenzorg in Achterstandswijken van de grond is gekomen.'

Er is weinig nodig om de nieuwe wethouder aan het praten te krijgen; ze spreekt bevlogen, met enthousiasme en visie.

"Ik hecht er aan om in mijn functie contact te houden met de 'basis'; dat geldt voor de hulpverleners, maar ook voor de cliënten/patiënten. Ik heb in de loop van de tijd een netwerk van hulpverleners gekregen, waarop ik kan bouwen en nog steeds een beroep kan doen. Voor elke vraag heb ik wel een persoon bij wie ik mijn licht kan opsteken.

Het contact met patiënten is ingewikkelder. De gevestigde platforms zijn niet allemaal even representatief. Sommige groepen, zoals illegalen en allochtonen, zijn onvoldoende georganiseerd. Heijkoop, gedeputeerde van Zuid-Holland voor volksgezondheidszaken, deelt mijn zorg hierover."

"Eén van de leuke, verrassende dingen van dit werk is, dat ik een beroep kan doen op een grote verscheidenheid aan gerenommeerde adviseurs. Enige tijd geleden hebben we bijvoorbeeld een brainstorm-sessie gehad met diverse 'kopstukken' uit den lande op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Ik was een beetje overrompeld dat zulke mensen graag naar Den Haag komen en hun best doen om mee te denken over nieuwe wegen om de problemen van onze stad op te lossen. Mensen van dat kaliber kijken door de waan van de dag heen; ze brengen meer abstractie aan. En dat helpt wanneer je nadenkt over de toekomst van de plaatselijke volksgezondheid."

Wat zijn de zorgenkindjes voor het voorliggende ambstermijn?

'De GGD heeft versterking nodig. In de periode dat Den Haag de artikel 12 status had, is er heel veel bezuinigd. We hebben aanwijzingen dat de kwaliteit van sommige GGD-taken beter moet. Iedereen die er werkt, is zeer betrokken, maar er is extra ruggensteun nodig. De GGD valt nu onder de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Daar zitten zeker voordelen aan, bijvoorbeeld dat jeugdgezondheidszorg en onderwijs dicht bij elkaar zitten. De afdeling Infectieziekten moet worden bijgespijkerd. Verder hebben de Jeugd-tandzorg en de Ambulancedienst extra aandacht nodig. Ik wil benadrukken dat het niet om de medewerkers gaat: ik ben zeer onder de indruk van de Begeistering, de bevlogenheid die ik bij de mensen van de GGD tegenkom.

Ik wil graag een eigen directeur voor de GGD, mede om de dienst naar buiten toe een duidelijk gezicht te geven. Daar is grote behoefte aan.'

Ze formuleert behoedzaam, met respect voor anderen, maar doet geen poging om iets te verbloemen of mooier voor te stellen dan het is.

Het maatschappelijke herstel en de maatschappelijke opvang van mensen die aan de rand van de samenleving leven kunnen volgens Jetta Klijnsma nooit voldoende aandacht krijgen:

"Het maatschappelijke herstel en de maatschappelijke opvang liggen me na aan het hart. De grote problemen - het is bekend - liggen op het terrein van de psychiatrie en de drugs. Ik wil uitbreiding geven aan het zogenoemde Signaleringsoverleg voor sociaal-psychiatrische probleemgevallen in de stad (een samenwerkingsverband tussen maatschappelijk werk, GGD, politie en RIAGG's, red.). De ernstiger gevallen moeten in kaart worden gebracht, zodat opvang op maat mogelijk wordt. Er is een goed samenwerkingsverband met de betrokken organisaties, zoals Pepita van Rijn, Huize Adena, het Leger des Heils en de Kesslerstichting. Voor de sociale reactivering werk ik nauw samen met Pierre Heijnen, mijn collega op Sociale Zaken en Werkgelegenheidsbevordering. De bedoeling is om mensen zoveel mogelijk te activeren; het uiteindelijke doel daarbij is niet zo zeer werk als wel participatie. Vrijwilligerswerk heeft daarbij een belangrijke rol te vervullen. Het is treffend om te zien hoe in dat werk een 'al-wat-sterkere' zich ontfermt over een 'nog-wat-zwakkere'.

Vrijwilligerswerk is hard nodig; in wezen draait een heel groot deel van de gezondheidszorg in onze

samenleving hierop. Wat we mantelzorg noemen is namelijk ook vrijwilligerswerk. Bij sociale activering van een cliënt zet een consulent van de Sociale Dienst een op hem/haar afgestemd, individueel traject uit. Soms kan je bijna van één-op-één begeleiding spreken. Dit jaar hopen we zo'n zevenhonderd mensen te bereiken."

Haar praten verraaft kennis van zaken en gedrevenheid:

'Ik heb meegedraaid bij de dagopvang voor ex-psiatrie patiënten. Het is daarbij schokkend om te zien hoe gemakkelijk de bodem onder ons bestaan kan wegvallen. Een middag op Confetti en een middag in Rosenberg en ik heb gemerkt dat het ons allemaal kan overkomen. Al de ellende die deze mensen over zich heen hebben gekregen, en vaak in zo'n korte tijd, daar zou bijna iedereen onder bezwijken. En het is onthutsend om te ervaren hoe moeilijk het is om weer terug te kruipen.'

Er is een toenemend tekort aan huisartsen; dat zal zich vooral in de binnenstad laten voelen:

'De gemeente, alleen, kan weinig uitrichten tegen de verdunning van het zorgaanbod in de binnenstad. Er is een groot personeelstekort in de verpleging, bij de tandartsen, de huisartsen en in de kinderopvang. Het is een complex probleem. Het Rijk kan wel meer geld beschikbaar stellen voor kinderopvang, maar waar halen we vervolgens zo gauw de mensen met de juiste opleiding vandaan? Het tekort aan tandartsen is op sommige plaatsen zo groot omdat er te weinig worden opgeleid. Voor huisartsen en verpleegkundigen zou het aantal opleidingsplaatsen ook moeten worden uitgebreid; dat is een zaak van de Rijksover-

heid. Als gemeente kunnen we verbeteringen en nieuwe ontwikkelingen faciliteren: ondersteuning geven door instellingen als de STIOM, steun bieden bij parkeer- en huisvestingsproblemen.

Maar grote bevlogenheid om in de binnenstad te werken blijft toch de belangrijkste voorwaarde: we kunnen het werk daar niet veel lucratiever maken.'

Waar komen de komende periode accenten te liggen?

'Ik wil de aanpak van de STIOM graag uitbreiden naar andere wijken. We gaan nu van start in het Laakkwartier en ReVa (Regentesse/Valkenbos). Omdat kleinschaligheid de essentie is van het concept, kun je niet te grote stappen tegelijk nemen. Voor de geestelijke gezondheidszorg heb ik goede hoop dat samenwerking met de grote fusie-organisatie RBC (Rosenburg-Bloemendaal-CAD) resultaat zal opleveren.'

Is het niet moeilijk laveren tussen gevestigde organisaties met ieder hun eigen belangen en beperkte vernieuwingsdrang?

'Er is nu een driemaandijks overleg met de verzekeraars. Dat is zeer constructief. Niet alle beleidsveranderingen worden door hen even enthousiast ontvangen. Maar ieder heeft zijn rol in het geheel te spelen. Misschien is dat voor de verzekeraar niet de rol van vernieuwer; maar een volgende en financierende. Als gemeentelijke overheid hebben we eerder een initiërende en regisserende taak.'

Dit laatste wordt op ferme toon uitgesproken. Deze wethouder zal nog van zich laten horen!

De ontwikkeling van de functie van praktijkverpleegkundige in de eerstelijnszorg in Den Haag

Mw. F.L. van Leeuwen en F.M.M. van Exter

De werkdruk van de huisarts in achterstandswijken van de grote stad is de laatste jaren fors toegenomen. Vergrijzing, problematiek met migranten, wachtlijsten en een afnemend aantal artsen dat in die wijken wil werken vormen belangrijke oorzaken. Vraag is of die druk kan worden verzacht door de inzet van een praktijkverpleegkundige, naar Brits voorbeeld van de practice nurse. Twee experimenten, in 1996 begonnen, zijn door de Leidse Universiteit geëvalueerd. Bijna alle huisartsen merken de vermindering van de werkdruk, maar ook patiënten - vooral chronisch zieken en ouderen - hebben er baat bij. De implementatie van een nieuwe functie in de traditionele huisartspraktijk blijkt nogal wat tijd te vergen.

In 1996 zijn in Den Haag twee experimenten gestart om te bezien of het inzetten van een coördinerende en ondersteunende functie van een praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk de werkdruk van de huisarts kan verlichten en de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn kan verbeteren. In twee huisartsgroepen (HAGRO's) werd een praktijkverpleegkundige gestationeerd. Een periode van anderhalf jaar voorbereiding ging hieraan vooraf.

Het experiment werd vormgegeven door samenwerking tussen de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV), Thuiszorg Den Haag en de Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag Centrum (STIOM). Het project is geëvalueerd. Inmiddels is de experimentele fase gepasseerd en worden de ervaringen stedelijk benut voor verdere ontwikkelingen.

In dit artikel wordt eerst ingegaan op de achtergrond en de opzet van het experiment in de twee huisartsgroepen. Vervolgens worden de bevindingen van het evaluatie-onderzoek kort besproken. De daaruit getrokken conclusies met betrekking tot grootstedelijke ontwikkelingen en vervolgonderzoek komen aan de orde.

De Haagse invulling van de functie en de organisatorische inbedding van de praktijkverpleegkundige worden inzichtelijk gemaakt.

Tot slot wordt de huidige stand van zaken in Den Haag vergeleken met ontwikkelingen elders, zoals in Engeland, waar de praktijkverpleegkundige reeds langere tijd een structurele plaats heeft in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Over de auteurs:

Mw. F.L. van Leeuwen, sociaal geneeskundige algemene gezondheidszorg, werkzaam bij Thuiszorg Den Haag en F.M.M. van Exter, huisarts in Den Haag.

Achtergronden

De laatste jaren is de toenemende werkdruk van de huisarts regelmatig onderwerp van gesprek geweest. Met name de huisartsenzorg in de achterstandswijken (migranten) kreeg daarbij veel aandacht. Onder meer de vergrijzing van de bevolking, de wachtlijstproblematiek, de toenemende eisen aan de functie van huisarts en het (dreigende) tekort aan huisartsen hebben de werkdruk van de huisarts verhoogd. Deze komt er daardoor dikwijls niet meer aan toe aan alle eisen van het huidige basispakket te voldoen. In de komende jaren -zo is de verwachting- zullen de taken van de huisarts zich nog verder uitbreiden. De inzet van de huisarts bij de preventieve gezondheidszorg en het toenemende beroep van chronisch zieken op de huisarts zijn hier voorbeelden van. Tegelijkertijd wordt een tekort aan huisartsen verwacht. Het ligt dus voor de hand te zoeken naar mogelijkheden om de werkdruk van de huisarts te verminderen.

Reeds in 1994 zijn in twee huisartsengroepen in Den Haag (één in het stadsdeel Centrum en één in het stadsdeel Scheveningen) deze ontwikkelingen aanleiding geweest na te gaan of de inzet van een praktijkverpleegkundige een bijdrage zou kunnen leveren aan de vermindering van de werkdruk van de huisarts. STIOM had bij deze initiatieven een belangrijke facilitaire functie.

Ook de wijkverpleegkundige functie is de afgelopen jaren sterk veranderd. Er is een scheiding opgetreden tussen indicatiestelling en uitvoering van zorg. Het organisatorische verband waarbinnen wijkverpleegkundigen werkzaam zijn is door de fusie tussen gezinsverzorging en Kruiswerk veranderd. De zorgvraag thuis is zowel naar omvang als naar complexiteit toegenomen. Mede daardoor zijn er ook in de Thuiszorg steeds meer gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam en groeit de behoefte aan coördinatie.

Al deze veranderingen vragen om een heroverweging van de taakverdeling tussen huisartsen en verpleegkundigen. In het overleg hierover tussen betrokkenen in Den Haag heeft zich een beeld gevormd van de behoefte aan verpleegkundige ondersteuning in de huisartsenpraktijk. Praktijkverpleegkundigen kunnen in de huisartspraktijk een belangrijke rol spelen bij voorlichting, educatie en controle van chronisch zieken, met name bij mensen met

diabetes, CARA en hypertensie. Preventieve activiteiten in de huisartspraktijk kunnen worden gedelegeerd aan de verpleegkundige, evenals voorlichting over de sociale kaart en algemene gezondheidsvoorzieningen in de stad, met name aan allochtonen. Tot slot kunnen ze een coördinerende rol vervullen bij mensen met een complexe zorgbehoefte thuis (ouderen).

Een aantal van deze taken voert de wijkverpleegkundige nu reeds uit, met name die voor chronisch zieken. Voorbeelden hiervan zijn de diabetes-educatiepunten en andere verpleegkundige spreekuren voor specifieke doelgroepen. Verwijzing naar deze spreekuren geschiedt veelal via de huisarts. Bij deze zorg kan echter nauwelijks worden gesproken van *geïntegreerde* medische en verpleegkundige zorg voor chronisch zieken. De inzet van een praktijkverpleegkundige maakt deze integratie meer mogelijk: ze kan niet alleen een bijdrage leveren aan de vermindering van de werkdruk van de huisarts, maar ook aan kwaliteitsverbetering en samenhang van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een kritische kanttekening is hierbij op haar plaats. Het creëren van een nieuwe functie in de zorg draagt het risico in zich van het toevoegen van een extra schakel, zonder veel meerwaarde voor de patiënt. Dat moet te allen tijde worden voorkomen. Niet ieder knelpunt in de samenwerking tussen huisarts en Thuiszorg kan door de inzet van de praktijkverpleegkundige worden opgelost. Steeds zal er sprake zijn van een afweging, met als centrale vraag: waarmee is de zorg aan de patiënt het meest gediend.

Opzet van het experiment

Eind 1995 is in de twee eerdergenoemde huisartsengroepen bij wijze van proef gestart met de inzet van een praktijkverpleegkundige. Beide experimenten hadden een looptijd van een jaar. In totaal ging het om tien huisartsenpraktijken. Per praktijk was de praktijkverpleegkundige een halve dag per week beschikbaar.

De beide experimenten vertoonden inhoudelijk een groot aantal punten van overeenkomst, maar organisatorisch stonden ze los van elkaar. Er is een stedelijke begeleidingsgroep opgericht om de verbinding te leggen tussen de experimenten onderling en een aantal stedelijke betrokkenen, onder andere de zorgverzekeraars. Deze groep was ook verantwoordelijk voor de evaluatie.

In beide huisartsengroepen doet de praktijkverpleegkundige het diabetes- en CARA-management. In HAGRO Centrum komt daar de zorg voor migranten bij en in HAGRO Statenkwartier (stadsdeel Scheveningen) de zorg voor ouderen.

De werkzaamheden zijn vastgelegd in protocollen. Deze waren gebaseerd op de reeds bestaande protocollen voor het diabetes-educatiepunt en het CARA-spreekuur van Thuiszorg Den Haag. Punt van aandacht in het protocol was de afstemming tussen de taken van de praktijkverpleegkundigen en de taken van de praktijkassistenten. Na een gezamenlijke sollicitatieprocedure werden twee praktijkverpleegkundigen in deeltijd aangesteld. Ze kwamen in dienst van Thuiszorg Den Haag, die tevens zorg droeg voor training en begeleiding. Het experiment werd gefinancierd uit daartoe beschikbaar gestelde fondsen bij Thuiszorg Den Haag.

Werkwijze

In alle praktijken is gestart met de zorg aan patiënten met diabetes mellitus. De huisarts bracht de patiënten op de hoogte van de inzet van de praktijkverpleegkundige en verzorgde de eerste verwijzing. Tijdens het eerste bezoek aan de praktijkverpleegkundige maakte zij/hij aan de hand van een checklist een inventarisatie van de situatie: hoe is de instelling, welke informatie heeft de patiënt, welke controles zijn verricht, is de patiënt bekend met actuele voedingsrichtlijnen, enzovoort. In principe werd vervolgens uitgegaan van driemaandelijkse controles door de praktijkverpleegkundige. In de beginfase of bij ontregeling werden meer controles gepland. De jaarcontrole deed de huisarts samen met de praktijkverpleegkundige.

In tweede instantie werd aandacht gegeven aan de zorg voor CARA-patiënten. Daarbij lag de nadruk op de instructie van inhalatie-medicatie en informatie over het 'leven' met de aandoening.

Gezien de tijdsinvestering van de praktijkverpleegkundige voor de diabeteszorg en in mindere mate voor de CARA-zorg werd in het experimentjaar slechts beperkte aandacht besteed aan de zorg aan migranten en ouderen. Wel kreeg de zorg aan migranten in het Centrum invulling door de extra aandacht aan migranten met diabetes en/of CARA. De zorg aan ouderen kreeg in het Statenkwartier vorm door het verrichten van gerichte huisbezoeken aan ouderen op indicatie van de huisarts.

Evaluatie

Onder verantwoordelijkheid van de stedelijke begeleidingscommissie zijn door de Vakgroep Huisarts-geneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden beide experimenten geëvalueerd. Deze evaluatie is financieel mogelijk gemaakt door de Vereniging Het Groene Kruis Den Haag. Uit beide evaluaties is een totaal verslag opgesteld. De korte duur van het experiment beperkte de mogelijkheden van de evaluatie. Door interviews met alle betrokken huisartsen, praktijkassistentes, praktijkverpleegkundigen en managers van Thuiszorg Den Haag is wel een overzicht gekregen van de mening van de direct betrokkenen. Daarnaast kwamen beperkte kwantitatieve gegevens beschikbaar door het verwerken van de zorgformulieren waarop de praktijkverpleegkundige per patiënt haar/zijn werkzaamheden registreert. Speciaal voor de evaluatie zijn daarnaast gedurende korte tijd contactregistratieformulieren bijgehouden.

Uit de interviews komt het volgende beeld naar voren. De komst van de praktijkverpleegkundige werd door bijna alle huisartsen als positief ervaren. Door taakverschuiving van de huisarts naar de praktijkverpleegkundige ondervonden de huisartsen reeds tijdens het project een vermindering van de werkdruk of verwachten ze die in de toekomst.

Alle geïnterviewden denken dat er kan worden gesproken van een grotere doelmatigheid in de zorg. Door inzet van de praktijkverpleegkundige heeft één persoon overzicht over en contact met de patiëntengroep. De praktijkverpleegkundige is laagdrempeliger voor zowel de huisarts als de patiënt. De communicatielijn tussen huisarts en praktijkverpleegkundige is korter dan tussen huisarts en Thuiszorg en de patiënt blijkt meer gemotiveerd



de adviezen te volgen.

Echter de implementatie van een nieuwe functie in de huisartsenpraktijk kost meer tijd dan men van tevoren had gedacht. Zo is een goede communicatie tussen huisarts en praktijkverpleegkundige van groot belang en daarvoor moet tijd worden gereserveerd.

De geïnterviewden noemden verder nog als aandachtspunten de relatie tussen praktijkassistente en praktijkverpleegkundige en de beschikbaarheid van een spreekuurruimte.

Ten aanzien van de zorg aan diabetespatiënten kan het volgende worden gesteld. Naar de mening van de betrokkenen heeft de praktijkverpleegkundige daadwerkelijk een aantal taken van zowel de huisarts als de Thuiszorg overgenomen.

De zorg is nu gestructureerder en de voorlichting en begeleiding uitgebreider. Deze omvat onder andere nu ook voetverzorging en aandacht voor de psychosociale factoren. De praktijkverpleegkundige heeft de controles van de diabetespatiënten van de huisarts overgenomen, waardoor een hogere frequentie mogelijk is.

Wat betreft de werkzaamheden van de praktijkverpleegkundige in vergelijking tot de wijkverpleegkundige blijkt dat de praktijkverpleegkundige beter de diabetespatiënten bereikt dan dat het geval was via het diabetes-educatiepunt. Na verwijzing door de huisarts is er minder uitval van patiënten geweest. Waarschijnlijk spelen hier de korte communicatielijnen en het houden van spreekuur door de verpleegkundige in de praktijk van de huisarts een rol.

Gezien de korte periode waarover het onderzoek is gedaan en de gehanteerde methode (geen controlegroep) zijn uitspraken over het effect van het inzetten van een praktijkverpleegkundige op de kwaliteit van de zorg in feite niet mogelijk. Echter op basis van registratie van laboratoria-uitslagen bestaan er wel aanwijzingen voor positieve effecten, bijvoorbeeld wat betreft de instelling van de diabetespatiënten gemeten aan de hand van het HbA1C-gehalte in het bloed. Uit vergelijking van metingen voor de start van het experiment en met die na ongeveer negen maanden blijkt in de ene HAGRO het HbA1c bij 38% van de 52 patiënten gedaald te zijn. In de andere HAGRO is bij 75% van de 20 patiënten het HbA1C gehalte gedaald. Door de meer systematische benadering van de zorg aan (oudere) chronisch zieken lijkt de kwaliteit van de zorg toe te nemen. Ook werd verbetering van de samenwerking tussen

de huisartsen en Thuiszorg geconstateerd. Doordat de praktijkverpleegkundige goed op de hoogte is van de algemene en specifieke mogelijkheden van Thuiszorg, werd deze adequater benut voor de praktijkpopulatie.

Vanwege de beperkte opzet van het onderzoek is geen onderzoek gedaan naar de mening van de patiënten. In de meeste praktijken blijkt echter het overgrote deel van de patiënten ook na langere tijd de praktijkverpleegkundige trouw te bezoeken. In een vervolgonderzoek zou aan dit aspect zeker aandacht moeten worden geschonken.

Stedelijke implementatie

De ervaringen opgedaan in de twee HAGRO's hebben zichtbaar gemaakt wat de mogelijkheden zijn van de inzet van de praktijkverpleegkundige in de eerstelijnsgezondheidszorg in Den Haag.

Drie hoofdelementen kunnen daarbij worden onderscheiden. Het betreft substitutie van taken van de huisarts, bijvoorbeeld het overnemen van de controles bij diabetespatiënten. Daarnaast gaat het om substitutie van taken van de Thuiszorg, bijvoorbeeld het bieden van educatie aan diabetespatiënten. Tenslotte betreft het aanvullende taken, bijvoorbeeld het brengen van huisbezoeken aan ouderen met een inventariserend en (secundair) preventief karakter en het functioneren als schakel tussen huisarts en Thuiszorg.

De primaire doelgroepen voor de functie van praktijkverpleegkundige zijn chronisch zieken, allochtonen, sociaal zwakkeren en ouderen.

In aansluiting op het experiment hebben de RHV, Thuiszorg Den Haag en de gemeente Den Haag zich in 1997 gezamenlijk ingezet om een inhoudelijk, organisatorisch en financieel kader te scheppen met als doel de inzet van de praktijkverpleegkundige, verder te bevorderen. De drie samenwerkende partijen zien de inzet van een praktijkverpleegkundige behalve als een mogelijkheid tot werklastvermindering van de huisarts, ook als een mogelijkheid om de integratie tussen instellingen in de extramurale gezondheidszorg te bevorderen en de onderlinge samenwerking te versterken. Dit alles komt de toegankelijkheid, de behoeftegerichtheid en de kwaliteit van de eerstelijnszorg ten goede.

De drie organisaties hebben eind 1997 een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin voor de komende drie jaar ruimte is gecreëerd voor de inzet van

vier praktijkverpleegkundigen. Uitgaande van de inzet van een halve dag per praktijk is implementatie mogelijk bij veertig huisartsen. De financiën worden voor drie kwart gedekt door de drie partijen, daar waar het gaat om achterstandsgebieden. Aan de deelnemende huisartsen is gevraagd het resterend kwart aan te vullen.

Behalve in de twee HAGRO's die reeds deelnamen aan het experiment zijn inmiddels ook in twee andere huisartsensamenwerkingsverbanden praktijkverpleegkundigen aangesteld. Met een aantal andere groepen zijn vergevorderde gesprekken gaande.

De begeleiding en evaluatie van deze fase zijn opgedragen aan een tripartite overleg waarin uit elk van de deelnemende organisaties één persoon is vertegenwoordigd. Veel tijd wordt geïnvesteerd in voorbereidende gesprekken met geïnteresseerde huisartsengroepen. Het blijkt steeds opnieuw van het grootste belang om voor de definitieve aanstelling van een praktijkverpleegkundige volstreekte duidelijkheid te hebben over zaken als takenpakket van de praktijkverpleegkundige, de afstemming met de huisartsenzorg, ook in relatie met de werkzaamheden van de praktijkassistente, de onderlinge samenwerking in de huisartsengroep, het gebruik van protocollen, de relatie tot Thuiszorg Den Haag en de beschikbaarheid van ruimte.

Ook deze fase zal worden begeleid door onderzoek om de ervaringen en voor zover mogelijk de effecten te kunnen volgen.

De Haagse ontwikkelingen in breder perspectief

Het NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Gezondheidszorg, heeft onlangs de negen projecten en initiatieven met praktijkverpleegkundigen in Nederland geïnventariseerd. Meestal betreft het verpleegkundige ondersteuning van de huisarts bij zorgverlening aan chronisch zieken en ouderen. De taakomschrijving van de praktijkverpleegkundigen is vaak nog in ontwikkeling. Hij/zij kan zowel werken in solopraktijken als in groepspraktijken. Ook de mate van betrokkenheid van de Thuiszorgorganisaties verschilt bij de projecten. Dit alles beïnvloedt de taakstelling van de praktijkverpleegkundige.

De Haagse wijze van uitvoering, waarin een stedelijk kader wordt geboden door drie partijen (de RHV, Thuiszorg Den Haag en de gemeente Den Haag), lijkt een evenwichtige basis te bieden voor de verdere

ontwikkeling van de functie. Door op maat per huisartsensamenwerkingsverband de aanstelling en de specifieke invulling van het takenpakket te bespreken is er voldoende ruimte voor een creatieve inzet van de praktijkverpleegkundige. De aanstelling van de verpleegkundige bij Thuiszorg maakt specifieke constructies om het werkgeverschap te regelen per huisartsengroep overbodig. Daarnaast biedt deze organisatie de praktijkverpleegkundige onder andere de gelegenheid tot deskundigheidsbevordering, onderlinge uitwisseling van ervaringen en ontwikkeling van verpleegkundige protocollen. De betrokkenheid van de gemeente Den Haag om via deze weg de samenwerking en integratie in de extramuraal gezondheidszorg te bevorderen geeft de inzet van de praktijkverpleegkundige een bredere basis.

Het idee van de praktijkverpleegkundige is afkomstig uit Engeland waar sinds de jaren zestig wordt gewerkt met praktijkverpleegkundigen (practice nurse). In Engeland werkt drie kwart van de huisartsen in een (grote) groepspraktijk en 90% heeft hulppersoneel in dienst (receptioniste, secretaresse, praktijkverpleegkundige). Deze ontwikkeling is sterk gestimuleerd doordat de huisarts tot 70% van de kosten van hulppersoneel vergoed krijgt. Het leek daarom interessant om de ontwikkelingen in Den Haag eens te vergelijken met die in Engeland, waar zoveel meer ervaring met de inzet van de praktijkverpleegkundige bestaat.

Een groep betrokkenen uit Den Haag heeft in het voorjaar van 1998 een bezoek aan Birmingham gebracht. In de dagelijkse praktijk van de Engelse gezondheidszorg in een grote stad hebben ze het functioneren van de praktijkverpleegkundige bekeken. In de Engelse praktijk lopen de taken van de praktijkverpleegkundige nogal uiteen. Ondanks het feit dat men daar al lang ervaring heeft is er geen eenduidige taakomschrijving en geen specifieke opleiding voor een praktijkverpleegkundige beschikbaar. Wel bestaan er voor verschillende onderdelen van het takenpakket leermodules.

De Haagse groep was in het algemeen onder de indruk van de inzet van de praktijkverpleegkundigen. Ook was er veel herkenning. Voortdurend werd geprobeerd de Engelse situatie te 'vertalen' naar de Nederlandse. Een leerzaam proces.

De belangrijkste conclusie van het bezoek was dat we in Den Haag op de goede weg zijn. Wel zouden er nog meer taken van de huisarts door de praktijkverpleegkundige kunnen worden overgenomen, bij-

voorbeeld op het gebied van hart- en vaatziekten, hypertensie en preventieve zorg. Inmiddels worden verschillende werkgroepen gevormd om hieraan nadere invulling te geven. Dit zou dan wel betekenen dat de aanwezigheid van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk moet worden uitgebreid.

Een extra stimulans om verder te gaan is de verwachting dat ook in Nederland structureel geld beschikbaar komt voor praktijkondersteuning. Gesprekken daarover tussen de Landelijke Huisartsenvereniging en Zorgverzekeraars Nederland zijn in een vergevorderd stadium. Het reeds aanwezig zijn van een goede lokale infrastructuur zal van groot belang zijn voor een optimale inzet van toekomstige beschikbare middelen.

Conclusie

Op basis van de ervaringen in Den Haag en elders is de verwachting dat de praktijkverpleegkundige zich een vaste plaats in de Nederlandse gezondheidszorg zal verwerven.

In de afgelopen periode heeft de functie in Den Haag een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. Deze startte bij het zoeken naar een mogelijkheid de werkdruk van huisartsen te verminderen. In samenwerking met Thuiszorg heeft het perspectief zich verbreed naar de mogelijkheid de kwaliteit en de onderlinge samenwerking in de eerstelijnszorg te bevorderen. In de stedelijke implementatiefase is tenslotte, mede door de participatie van de gemeente Den Haag, aandacht gekomen voor de toegankelijkheid van zorg en de wijkgerichte samenwerking.

Het takenpakket van de praktijkverpleegkundige richt zich met name op de groep chronisch zieken en ouderen. Maar ook preventieve activiteiten maken er deel van uit. Om op adequate wijze deze taken te vervullen dienen multidisciplinaire protocollen aanwezig te zijn. Afstemming van taken tussen de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de praktijk-assistente is daar een belangrijk onderdeel van.

De samenwerking met een praktijkverpleegkundige vraagt van de huisarts de nodige inzet. Een goede uitleg aan patiënten over de taken van de praktijkverpleegkundige en het tijd nemen voor overleg zijn daar voorbeelden van. Ook het protocollair werken brengt de nodige veranderingen met zich mee.

Samenwerkingsverbanden van huisartsen bieden betere mogelijkheden voor de inzet van een praktijkverpleegkundige. Mogelijk vormt dit een nieuwe

impuls voor een hechtere onderlinge samenwerking tussen huisartsen in de wijk en de vorming van HOED (Huisartsen Onder Eén Dak)-praktijken. Op termijn kan hierdoor de positie van huisartsen met name in achterstandswijken aantrekkelijker worden, hetgeen het aantrekken van een nieuwe huisartsen kan vergemakkelijken. Voor de komende jaren is immers, zeker in de grote steden, een toenemend tekort aan huisartsen te verwachten.

De structuur van het samenwerkingsverband waarvoor in Den Haag is gekozen is in Nederland uniek. De samenwerking tussen huisartsen, Thuiszorg en gemeente draagt daadwerkelijk bij aan de afstemming van zorg. De praktijkverpleegkundige kan waar nodig als liaison functioneren tussen huisarts, Thuiszorg en andere instellingen, zoals gezondheidsvoorlichters (GGD), zorgverleners (ziekenhuizen) en maatschappelijk werkers (decentrale welzijnsorganisaties). Een dergelijke aanpak stimuleert de wijkgerichte samenwerking en het gebruik van dezelfde protocollen zodat de samenhang in de extramuraal gezondheidszorg toeneemt.

De verschillende partijen die bij de ontwikkeling van de functie van praktijkverpleegkundige in Den Haag zijn betrokken achten het dan ook de moeite waard op de ingeslagen weg voort te gaan.

De door de Regionale Huisartsen Vereniging, Thuiszorg Den Haag en de gemeente Den Haag gevormde stedelijke infrastructuur biedt daarvoor een goede basis. Vanuit deze structuur kan samen met deelnemende huisartsen de implementatie en evaluatie van de in de experimenten opgedane ervaringen plaatsvinden. Tevens kan van hieruit de verdere ontwikkeling van de functie en de uitbreiding van het takenpakket worden begeleid. In de twee in de experimentele fase deelnemende huisartsgroepen zijn hiertoe reeds de nodige ideeën ontwikkeld. De landelijke ontwikkelingen worden hierbij nauwlettend gevolgd.

Geraadpleegde literatuur:

- Jenster MJE e.a. Experimentele samenwerking van huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige onderzocht. Trio-zorg, Amsterdam 1998.
- Leeuwen FL van, Kuperus K. Verslag werkbezoek Birmingham 1998.
- Waal MWE de e.a. De praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk: een experiment in Den Haag. Eindverslag van het evaluatie-onderzoek. Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Huisartsgeneeskunde 1997.
- Welling N, Delnoij D. De praktijkverpleegkundige in de Britse huisartsenpraktijk. *Verpleegkunde* 1997; 12, nr. 3: 131-9.
- Welling N. e.a. De praktijkverpleegkundige in Nederland. Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Gezondheidszorg (NIVEL)1997.

De zorg voor dak- en thuislozen met psychiatrische problemen in Den Haag

Waar staan we en hoe verder?

M.B.J. Blom

Zorg voor dak- en thuislozen in Den Haag is de laatste jaren sterk gestegen op de agenda van de GGZ en een aantal andere organisaties. Er is veel gebeurd voor de naar schatting 125 tot 625, merendeels mannelijke psychiatrische gestoorde patiënten zonder honk. Maar er is meer nodig! Dat kan ook, nu het probleem ook duidelijk op de politieke agenda staat, het vinden van fondsen relatief gemakkelijk zou moeten zijn, maar vooral doordat instellingen, die tot voor kort niet of nauwelijks met elkaar samenwerkten, elkaar hebben gevonden. De stand van zaken en wat nog komen moet.

De zorg voor de groep dak- en thuislozen is lange tijd een ondergeschoven kindje geweest. Het stond laag op de agenda van zowel de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als de politiek. Door een aantal ontwikkelingen is daar sedert enkele jaren verandering in gekomen. Men denke hierbij aan de toenemende aandacht voor de ernstiger zieken binnen de GGZ, het aandacht vragen van organisaties van patiënten en hun familieleden voor deze groep en zo meer. Zowel binnen de GGZ als bij andere organisaties en de gemeente zijn de afgelopen jaren een groot aantal initiatieven genomen. Alleen al in dit blad zijn zeer recent hierover nog een aantal artikelen verschenen (1)(2).

Dit artikel zal in het kort beschrijven wat door nauwe samenwerking door de verschillende partners tot stand is gebracht. Daarna wordt uitvoeriger beschreven wat naar onze mening nog verder moet worden ontwikkeld.

Het artikel is nadrukkelijk geschreven vanuit de optiek van de GGZ. Andere invalshoeken als openbare orde, maatschappelijke opvang, huisvesting en dergelijke zijn uiteraard zeer relevant maar behoren niet tot het domein van de GGZ en zullen hier niet aan bod komen. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat elk zinvol aanbod alleen in nauwe samenhang met alle partners tot stand kan komen. Integendeel.

In dit artikel pleiten we er voor de zorg voor de psychiatrisch gestoorde dak- en thuislozen verder uit te breiden. Voortbouwend op wat in de afgelopen jaren is bereikt dient er nog veel te gebeuren. Er wordt een aantal mogelijkheden genoemd waarmee,

Over de auteur:

M.B.J. Blom, psychiater, hoofd Inhoud afdeling Sociale Psychiatrie, RIAGG Westhage, Den Haag.

indien ze alle tot stand worden gebracht, vrijwel de totale groep psychiatrisch gestoorde dak- en thuislozen in de stad Den Haag zou kunnen worden bereikt.

Doelgroep

Hoewel men soms een andere indruk krijgt, is het aantal mannen en vrouwen met psychiatrische problemen onder de totale groep dak- en thuislozen relatief gering. Zo schat men voor de stad Den Haag dat er ongeveer 1.250 dak- en thuislozen zijn waarvan 10-50% een psychiatrische stoornis hebben (3)(4)(5)(6). Dat zou neerkomen op 125 tot 625 personen, merendeels mannen.

Van deze groep zijn vooral de daklozen een voor iedereen zichtbare groep. Veel moeilijker in beeld te krijgen zijn de thuislozen: diegenen die de sociale vaardigheden missen om zich zelfstandig te handhaven en in pensions zijn gehuisvest of van familie en vrienden afhankelijk zijn of alleen op een kamer wonen. Deze groep is ook voor de hulpverlening moeilijk toegankelijk.

Binnen de groep dak- en thuislozen nemen degenen met een psychiatrische stoornis een aparte plaats in. Vaak zijn ze er het slechtst aan toe. Men mist bijvoorbeeld de (a)sociale vaardigheden om zich in het daklozenbestaan staande te houden. Men staat achteraan bij de 'Soepbus', men vraagt geen hulp, blijft rondlopen met lichamelijke kwalen en heeft de slechtste slaapplekken (7). Het feit dat de hulpverlening aan deze mensen moeilijk tot stand komt heeft deels te maken met de soms hoge drempels van de GGZ, maar vaak ook met de psychiatrische ziekte zelf. Men is bijvoorbeeld zo wantrouwend tegenover anderen dat contact wordt vermeden en als er toch contact wordt gezocht wijst men dit veelal op agressieve wijze af.

Het is een groep die een veelvoud van problemen kent. Niet alleen zijn er psychiatrische problemen, ook heeft deze groep problemen op lichamelijk terrein, komt er een veelvoud van psychosociale problemen voor en is men verslaafd aan één of meer drugs (inclusief alcohol) (7). Dit betekent dat de groep moeilijk toegankelijk is en dat zinvolle hulpverlening alleen mogelijk is door interventie op verschillende terreinen. De GGZ alleen kan dus maar een deel van de benodigde hulp zelf leveren. Succesvolle hulp aan deze groep hangt in hoge mate af van

de vraag of instanties erin slagen een samenhangend, effectief en drempelloos aanbod te bieden.

Huidige situatie

Hieronder worden de projecten genoemd die de afgelopen jaren zijn gestart. Zonder uitzondering betreffende het samenwerkingsprojecten waarin verschillende instellingen gezamenlijk een project hebben opgezet en uitgevoerd. Dat vooral Riagg Westhage namens de GGZ Den Haag daarin een belangrijke rol heeft gespeeld berust voor een deel op toeval. Min of meer toevallig is vanuit Riagg Westhage een aantal jaren geleden begonnen met een spreekuur op het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils. Toen dit een succes bleek zijn er meer initiatieven gekomen. Een betrekkelijk kleine, maar actieve groep professionals die zich met deze doelgroep bezighoudt, een nieuw fonds voor innovatie en publieke steun deden de rest. Riagg Westhage is binnen de taakverdeling tussen de drie Haagse Riagg's het kenniscentrum voor de psychiatrische zorg voor dak- en thuislozen.

Case-finding projecten

Eén van de grote problemen bij de groep psychiatrisch gestoorde dak- en thuislozen is het feit dat ze zich zelden of nooit melden bij reguliere instanties. Wil men deze mensen de zorg bieden die ze nodig hebben, dan moet actief contact worden gezocht. De Kesslerstichting en RIAGG Westhage zijn sedert een aantal jaren betrokken bij twee van daarop gerichte projecten: het Rijdend Dienstencentrum en het project Soepbus. Doel van beide projecten is om dak- en thuislozen met psychiatrische problemen op te sporen en te motiveren tot acceptatie van GGZ-hulp. Het Rijdend Dienstencentrum bestaat uit twee hulpverleners die gezamenlijk op pad gaan om daklozen in de stad te bezoeken en contact met hen te leggen door middel van het bieden van heel concrete hulp: een maaltijd, een praatje en een aanbod van onderdak. Bij de Soepbus doet men hetzelfde: op aangeven van de vaste beheerders wordt eveneens contact gezocht en hulp aangeboden. Deze vormen van hulp zijn zeer arbeidsintensief, maar hebben in een aantal gevallen overtuigend succes gehad. In 1996 waren er 1.730 contacten met bezoekers van de Soepbus. Deze betroffen vooral contact met bezoekers die volgens de hulpverleners psychische zorg nodig hadden. Een enkeling zocht zelf contact met de hulpverleenster c.q. een sociaal-psychiatrisch ver-



pleegkundige (SPV-er). Met zeventien schizofrene patiënten lukte het om contact te krijgen waarvan er maar liefst veertien in het Sociaal Pension werden geplaatst (8).

Een voorbeeld:

'Kleine stapjes'

Rond Sinterklaas zagen ze (de medewerkers van het Rijdend Dienstencentrum) een man op een bankje zitten. Het eerste contact weerde hij af, maar Sandra (de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) besloot een keer in haar eentje terug te gaan. Het ging hier waarschijnlijk om een schizofrene man. Een paar dagen later nam ze naast hem plaats op de bank en zette een zak pepernoten tussen hen in. Er werd een tijd niets gezegd, maar zowel Sandra als de man deden regelmatig een greep uit de zak pepernoten. Na verloop van tijd begon de man zelf te praten. Vanaf dat moment was er contact en kon vervolgens stap voor stap een relatie ontstaan (9).

Signaleringsoverleg

Al weer enkele jaren geleden is op initiatief van de toenmalige wethouder voor Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie gestart met een stedelijk netwerk van signaleringsoverleggen. In dit overleg komen politie, maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen en RIAGG samen om bekende en onbekende probleemgevallen te bespreken en een gezamenlijk beleid af te spreken. In het afgelopen jaar zijn naar schatting 150 mensen in de diverse overleggen besproken. Hoewel niet direct gericht op de problemen van de dak- en thuislozen, is

gebleken dat het overleg in een groot aantal gevallen ertoe bijdraagt dat voorkomen kan worden dat patiënten dakloos worden of anderszins verder in de problemen geraken. Het signaleringsoverleg is een succes gebleken vanwege een aantal redenen: (dreigende) probleemgevallen worden eerder onder de aandacht van de hulpverlening gebracht en in een vroeg stadium kunnen de mogelijkheden en onmogelijkheden van bijvoorbeeld de RIAGG worden besproken en kan een coherent beleid worden gevoerd. Daarnaast leren vertegenwoordigers van verschillende instanties elkaar beter vinden. Hierdoor kan worden voorkomen dat, zoals in het verleden wel eens gebeurde, instanties langs elkaar heen werken.

Spreekuren SPV

In 1992 is gestart met een psychiatrisch spreekuur in het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils (8). Gezien het succes van dit spreekuur worden nu ook spreekuren gehouden in het Noodcentrum en het Passantenverblijf van de Kesslerstichting. Doel van deze spreekuren is het opsporen en diagnosticeren van psychiatrische problemen en ziektes bij dak- en thuislozen, het geven van consultatie aan medewerkers van deze instellingen en het zo mogelijk (beginnen met) behandelen van de betrokkenen. Over de resultaten van zo'n spreekuur is eerder gepubliceerd (10).

Sociaal Pension

Het Sociaal Pension Den Haag (SP) biedt sedert november 1995 onderdak aan ruim vijftig dak- en thuisloze mannen en vrouwen met een psychiatrische stoornis. Inmiddels is duidelijk geworden dat het Sociaal Pension voorziet in een grote behoefte en dat het in Den Haag een vorm van opvang biedt die aanvullend is op de bestaande voorzieningen. Hoewel het SP een zeer moeilijke doelgroep bedient (7), is het project er in geslaagd om een thuis te bieden aan mensen die, naast psychiatrische problemen, verslavingsproblemen, ernstige psychosociale en relationele problemen hebben. Het Sociaal Pension kent het afgelopen jaar een bezetting van 100% of meer. Binnen het pension werken het Leger des Heils en RIAGG Westhage nauw samen. Het Leger des Heils zorgt voor de exploitatie van het gebouw, de dagelijkse verzorging en begeleiding van de bewoners, RIAGG Westhage zorgt voor de psychiatrische begeleiding en behandeling van de bewoners en scholing van medewerkers. Beide organisaties vormen samen de indicatiecommissie. Het voordeel van een dergelijke

lijke samenwerking is dat optimaal gebruik kan worden gemaakt van elkaars specifieke deskundigheid en dat de totale zorg integraal kan worden aangeboden. Voor de bewoners hoort zo het één (wonen en verzorging) bij het ander (psychiatrische begeleiding).

Hoe verder

De zorg voor dak- en thuislozen is in toenemende mate een onderdeel geworden van de zorg vanuit de afdeling Sociale Psychiatrie van RIAGG Westhage. Waren eerst één SPV en één psychiater belast met deze doelgroep, sedert 1 mei van dit jaar zijn dit vier SPV-en en een psychiater. Dit is nodig omdat het een zeer moeilijke doelgroep is die een grote inzet en motivatie van de medewerkers eist. Men moet tijd investeren, veel overleggen met een veelheid aan instanties en vooral hinderlijk gedrag voor lief nemen (geen afspraken nakomen, eenvoudigweg verdwijnen, bedreigingen, enzovoort). De zorg is veel beter gewaarborgd als zij is verdeeld over verschillende hulpverleners.

RIAGG Westhage is van mening dat de zorg voor deze groep mensen weliswaar prioriteit heeft maar aan de andere kant niet te zeer ten koste mag en kan gaan van de reguliere zorg die zoals bekend eveneens van jaar tot jaar toeneemt.

Door de vele initiatieven van de afgelopen jaren is een beter inzicht ontstaan in de behoeften van de doelgroep. In de volgende paragrafen wordt een overzicht gegeven van de verschillende mogelijkheden die, mits daarbij de juiste prioriteiten worden gesteld, kunnen leiden tot een netwerk van voorzieningen voor de vele dak- en thuislozen in Den Haag.

Omdat de verschillende organisaties zoals de GGD, de Kesslerstichting, het Leger des Heils, Huize Adena en de Haagse GGZ steeds beter met elkaar zijn gaan samenwerken is naar mijn mening ook een unieke kans geschapen om de onderstaande voorstellen in praktijk te brengen. De status van deze voorstellen is op dit moment onzeker. Vanuit het ministerie van Volksgezondheid worden gelden beschikbaar gesteld voor de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg). Deze gelden zullen echter vermoedelijk onvoldoende zijn om al de hier beschreven plannen mogelijk te maken. Andere partners, met name vanuit de gemeente, zullen hun steentje moeten bijdragen.

Project Woonbegeleiding Sociaal Pension

Doelstelling van het 'Project woonbegeleiding Sociaal Pension' is tweërlei:

- het bieden van een min of meer zelfstandige woonruimte aan ex-bewoners van het Sociaal Pension, waar onder begeleiding ervaring kan worden opgedaan met het normale dagelijkse functioneren;
- het bieden van perspectief op maatschappelijke reïntegratie waar dat voor deze doelgroep verloren is gegaan. Het met begeleiding wonen in een gewoon huis in een gewone buurt wordt gezien als een eerste stap op weg naar een regulier bestaan.

Daarnaast worden op deze wijze open plaatsen in het Sociaal Pension geschapen die weer kunnen worden bezet door andere dak- en thuislozen. Het Sociaal Pension slibt niet dicht.

Het project komt (uiteraard) tot stand door samenwerking van (minimaal) twee instanties: het Leger des Heils en RIAGG Westhage. Daarbij verzorgt het Leger de woonbegeleiding en de financiële afwikkeling, RIAGG Westhage levert de medisch-psychiatrische zorg. In overleg met het Leger des Heils hopen we snel met dit project te kunnen starten.

Uitbreiding spreekuur Goodwill Centrum

Het Goodwillcentrum van het Leger des Heils (Wagenstraat) biedt aan een grote groep dak- en thuislozen een plek om koffie te drinken en een praatje te maken. Sinds kort wordt er ook basale medische zorg geboden door een huisarts (zie ook het artikel van Salverda in het vorige nummer voor een beschrijving van de werkwijze) (2). Uit een eerste inventarisatie onder zijn bezoekers bleek dat weliswaar in een aantal gevallen dezelfde mensen kwamen als in de andere opvangcentra, maar dat de meeste bezoekers niet bekend waren in de GGZ. Het starten van een spreekuur in samenwerking met de huisarts en het dagcentrum is uitermate zinvol omdat een grote groep op relatief eenvoudige wijze kan worden bereikt die niet op een andere manier in beeld komt.

Door gebruik te maken van dezelfde hulpverleners, die goed op de hoogte zijn van het totale aanbod aan zorg voor deze groep, kunnen mensen snel en efficiënt worden geholpen. Mensen die op de straat leven zitten soms wel te wachten op een goed gesprek, maar meer nog op concrete hulp: brood, bed, bad, hulp bij financiële moeilijkheden, hulp bij

lichamelijke ziekten en gebreken en dergelijke. Pas daarna zijn deze dak- en thuislozen met psychiatrische problemen bereid ook psychiatrische hulp te aanvaarden. Wil men succesvolle hulp bieden dan kan dat alleen als alle onderdelen integraal worden aangeboden. Eerst alleen binnen de Kesslerstichting, maar nu ook op andere plaatsen maken we daarom gebruik van een team bestaande uit een huisarts, een maatschappelijk werker, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een medewerker van de Haagse Verslavingszorg. Deze mensen die elkaar goed kennen, kunnen snel problemen signaleren en tot een zinvolle taakverdeling komen.

Een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de Riagg Noordhage zal binnenkort deelnemen aan het team van spreekuurhouders op het Goodwillcentrum. Om ervoor zorg te dragen dat de verschillende initiatieven continuïteit hebben en passen binnen het totale aanbod voor de dak- en thuislozen heeft Riagg Westhage de coördinatie op zich genomen.

Spreekuur particuliere pensions

In Den Haag is een aantal pensions in particuliere handen die soms enkele, soms vele (ex-)psychiatrische patiënten onderdak verlenen. De patiënten onttrekken zich vaak aan de zorg. Hierdoor lopen ze grote kans weer ziek te worden en overlast te veroorzaken, waardoor ze in veel gevallen hun kamer weer kwijtraken of veroordeeld zijn tot een verblijf op straat. Een vast aanspreekpunt in de vorm van een regulier spreekuur, bijvoorbeeld voor de grotere pensions, zou uitkomst bieden. De pensionhouders die nu de weg naar de reguliere hulpverlening wel kennen, maar zich ook gehinderd voelen door allerlei regelgeving, onduidelijke verwijsmogelijkheden en dergelijke, worden zo geholpen een snelle en gemakkelijke ingang in de GGZ te krijgen. Men raakt bekend met één bepaalde medewerker en heeft niet te maken met de anonimiteit van een instelling.

Dit project heeft aanvullende financiering nodig wil het van de grond kunnen komen. Op dit moment ontbreekt het de Haagse GGZ aan voldoende middelen om een dergelijk initiatief te starten.

Tweede Sociaal Pension

Het eerste Sociaal Pension is een succes. Een grote groep voormalig dak- en thuisloze psychiatrisch zieken woont nu in het pension. Zoals voorzien is één pension niet toereikend. Een tweede Sociaal Pension is gewenst in Den Haag. Inmiddels zijn besprekingen in gang gezet met het Nederlandse

Leger des Heils. Deze organisatie heeft te kennen gegeven een tweede Sociaal Pension te willen stichten. Ook zij gaan ervan uit dat de GGZ Den Haag een belangrijke bijdrage in de indicatiestelling, de psychiatrische zorg en de opleiding van medewerkers zal spelen.

Hoewel men gelukkig mag zijn met de komst van een tweede Sociaal Pension, moet worden gewaakt tegen versnippering van het aanbod. Zoals betoogd, is het unieke van de Haagse situatie dat er niet alleen een veelzijdig aanbod voor de dak- en thuislozen is ontstaan maar dat dit is gebeurd door een relatief klein aantal instellingen die elkaar in de loop van de tijd steeds beter zijn gaan vinden.

Begeleid wonen

Hierboven is al beargumenteerd dat het gebrek aan perspectief voor deze groep patiënten één van de grote problemen is. Met name het perspectief op verdere maatschappelijke reïntegratie is door de veelheid aan problemen verdwenen. Men heeft in het verleden wel geprobeerd om bijvoorbeeld zelfstandig te wonen, maar dit is vanwege een aantal oorzaken mislukt.

Wil men streven naar maatschappelijke reïntegratie dan dient de hulp zo te zijn georganiseerd dat deze langdurig (jaren, in vele gevallen levenslang) is, specifiek op de behoeften van de patiënt is afgestemd en stapsgewijs wordt opgebouwd. Het traject na het Sociaal Pension of na de opname in een psychiatrisch ziekenhuis is echter allerminst duidelijk. In Den Haag dienen daarom, in nauwe samenwerking met instellingen voor dak- en thuislozen, specifiek voor deze doelgroep projecten 'begeleid wonen' te worden gestart, gericht op het zoveel mogelijk zelfstandig wonen in de toekomst. Een breed palet aan voorzieningen met een wisselende intensiteit en verscheidenheid in begeleiding verdient de voorkeur.

De Kesslerstichting kent deze voorziening natuurlijk al, maar zoals de ervaring inmiddels leert, kunnen de verschillende groepen dak- en thuislozen niet onder één noemer worden gebracht. Men dient dus aparte voorzieningen te treffen voor bijvoorbeeld mensen met psychiatrische problemen en mensen met een verslavingsstoornis.

Mobiel behandelteam

Binnen enkele jaren zal de zorg voor patiënten met een chronische psychiatrische handicap (met name patiënten met de diagnose schizofrenie) worden verzorgd door mobiele behandelteams (MBT). Deze

teams bestaan uit hulpverleners van de RIAGG en het psychiatrisch ziekenhuis. Het team is verantwoordelijk voor een aantal patiënten waarvoor ze de volledige behandeling verzorgt, ongeacht de plaats waar de patiënt zich bevindt. Het streven is patiënten zoveel mogelijk zelfstandig te laten wonen, maar opnames kunnen gemakkelijk en drempelloos verlopen. Er is continuïteit van zorg doordat de patiënt met dezelfde groep hulpverleners te maken heeft of hij nu opgenomen is, thuis woont of in een andere woonvorm verblijft.

De moeilijkst benaderbare en behandelbare groep, degenen die ook de meeste maatschappelijke overlast veroorzaken, bestaat uit patiënten met verschillende problemen op meer dan een terrein. Gedacht moet worden aan drugs- en/of alcoholverslaafde schizofrene patiënten met vaak een criminele achtergrond en vele lichamelijke problemen. Dit is de groep patiënten die wel wordt omschreven als degenen met 'viervoudige' problematiek. Het is eveneens de groep die vaak tussen wal en schip valt. De groep die niet past in een setting voor psychiatrische patiënten vanwege hun verslaving en die ook weer niet past in een instelling voor verslaafden vanwege de ernstige psychiatrische problematiek. De afgelopen jaren is ervaring opgedaan met de gecombineerde behandeling (GGZ en verslavingszorg) van deze patiënten. Om deze zorg op de langere termijn te kunnen garanderen is samenwerking volgens de werkwijze van een Mobiel Behandelteam aangewezen, waarbij, gezien de benodigde kennis, nauw moet worden samengewerkt met de afdelingen Psychiatrische Zorg Alcoholverslaving en Psychiatrische Zorg Drugsverslaving (beide van de stichting RBC: Rosenburg-Bloemendaal-CAD). Daarnaast zal samenwerking worden gezocht met de verschillende reclasseringsinstellingen.

Case-finding buiten kantooruren

Nu gunstige ervaring is opgedaan is het zinvol te experimenteren met een case-finding project dat met name 's nachts daklozen opspoort en contact met ze probeert te leggen. Op dit moment functioneert het Rijdend Dienstencentrum alleen overdag en mist daardoor een groep die zich overdag niet laat zien, maar vooral 's nachts over straat zwerft als de meeste opvangcentra zijn gesloten. Door het Dienstencentrum, in ieder geval tijdelijk, ook 's nachts te laten uitrukken kan men zien of dit inderdaad een groep is waar niet op een andere manier contact mee kan

worden verkregen.

Conclusie

In de afgelopen jaren is door nauwe samenwerking tussen de gemeente en instellingen op het gebied van de dak- en thuislozenzorg en de GGZ in Den Haag een inhaalslag geleverd op het gebied van de zorg voor de psychiatrisch zieke dak- en thuisloze. Hoewel veel is bereikt, moet er aan de andere kant nog veel worden gedaan. De tijd is rijp om dit te doen. Het probleem staat op de politieke agenda waardoor het minder moeilijk is om fondsen te vinden. Veel belangrijker is echter dat instellingen die tot voor kort niet of nauwelijks met elkaar samenwerkten, elkaar nu gevonden hebben. Dit laatste maakt dat initiatieven snel en zonder veel problemen zullen kunnen worden uitgevoerd. Een coördinerende en stimulerende rol van de gemeente zal ook in de toekomst zeer noodzakelijk blijven.

Literatuur:

1. Maat TGM, Falke PTLA en Doorn JW. Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr.4: 5-9.
2. Salverda E. Voorzieningen voor 'buitenlopers' in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 2: 9-14.
3. Nota Thuislozenzorg. Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, 1993.
4. Brook OH. Vanuit de psychiatrie naar het zwerversbestaan? *Passage* 1993; 3: 7-11.
5. Loonstra A. Thuisloosheid en psychische stoornissen. *Passage* 1993; 3: 16-9.
6. Heyendaal PHJM, Deben L. Thuisloosheid en achtergronden van thuislozen. In: Wennink J. en Weeghel J. van (red): *Thuisloosheid en psychische stoornissen*. NCGV-reeks 93-18. Utrecht 1993.
7. Blom MBJ, Dorland S en Hocqué M. Het Sociaal Pension Den Haag: een jaar open. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32: 9-13.
8. Palm AFBL. Eindrapportage substitutieprojecten. RIAGG Westhage. Den Haag, 1997.
9. Citaat uit: *Nursing 96 Misset, Maarsen* 1 1996; 5: 22.
10. Blom MBJ. Consultatie door de Riagg bij dak- en thuislozen. *Epidemiol Bul Grav* 1994; 29: 18-19.

'Kijk in de wijk'

Het dagboek van een fysiotherapeut in de Stationsbuurt en in het Statenkwartier

Mw. M. de Haas en Mw. H. Visser-Verbree

Gezondheidszorg in de ene wijk laat zich slecht vergelijken met die in een andere wijk, zo blijkt uit de dagboeken van twee fysiotherapeuten in de serie 'Kijk in de wijk'. De praktijk aan de rand van de Schilderswijk wordt veelal bezocht door Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen. De fysiotherapeut in het Statenkwartier ziet nogal wat deftige bejaarden.

In de Schilderswijk is de anamnese nogal eens een probleem, in het Statenkwartier geen woord daarover. In de Schilderswijk gaan veel afspraken de mist in door analfabetisme, in het Statenkwartier is dat gevreesd. Het niet nakomen van een afspraak kan immers 'gelijk zijn aan een beginnende dementie'. Schille contrasten ...

Marlies de Haas is werkzaam als fysiotherapeut in een praktijk voor fysiotherapie in het centrum van Den Haag, gelegen aan de rand van de Schildersbuurt. Op de praktijk komen, behalve Nederlanders, veel Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen. Ze wonen meestal in de zogenaamde achterstandswijken. Ze werkt er al vijf jaar, full time.

Henny Visser is als fysiotherapeut werkzaam in het Statenkwartier. Ze maakt ook deel uit van een maatschap fysiotherapie in het Transvaalkwartier. Haar dagboek doet alleen verslag van haar ervaringen op de praktijk in het Statenkwartier. Daar komen vooral patiënten, die welgesteld, hoog opgeleid en particulier verzekerd zijn. Hoewel de laatste jaren steeds meer jongeren in de wijk zijn komen wonen bestaat de clientèle voor het merendeel uit bejaarden, waaronder relatief veel oud-Indiëgangers.

Dagboek van Marlies de Haas

Maandag

Vorige week er even tussenuit geweest vanwege een cursus. Om 8.00 uur staat de eerste patiënt weer op de stoep. Hij heeft na de vorige behandeling wegens nekklachten gedurende vijf dagen napijnen gehad. Ik probeer hem uit te leggen, dat dat zeker niet de bedoeling is. Enige napijn mag bij dit soort nekklachten, maar toch niet langer dan twee uur na een behandeling. Maar hij reageert nonchalant met het gezegde 'zachte heelmesters maken stinkende wonden'.

Over de auteurs:

Mw. M. de Haas en Mw. H. Visser-Verbree werken beiden als fysiotherapeut in Den Haag.

Om het half uur wordt gewisseld van patiënt. De volgende laat het afweten. Hij heeft zich niet afgemeld, ook niet bij collegae. Dit komt regelmatig voor. Altijd vraag je je weer af waarom iemand niet komt. Het antwoord op die vraag kan erg verschillend zijn. Soms gebeurt het dat je er pas na een aantal behandelingen achter komt dat iemand het afspraakkaartje, vanwege analfabetisme, helemaal niet heeft kunnen lezen. Het maken van mondelinge afspraken geeft ook weinig soelaas bij taalproblemen. Deze worden weer gemakkelijk vergeten. Regelmatig moet je dan gebruik maken van je trukendoos om één en ander goed over te brengen.

Na een (gelukkig aaneengesloten) vervolg van het spreekuur komt er om 11.00 uur een nieuwe patiënt. Het is een oudere Turkse vrouw, aan wie bij aanmelding is gevraagd iemand mee te nemen die de Turkse en de Nederlandse taal beheerst. Ze heeft haar man meegenomen. Deze Turkse vrouw heeft, zoals vele allochtone vrouwen, nog nooit te maken gehad met een fysiotherapeut. Dus leg ik haar eerst uit wat deze professie inhoudt. Ik krijg de indruk dat het wel overkomt.

We starten met de anamnestiche vragen. Het valt mij, zoals vaker het geval is, op dat hoe langer mijn vragen zijn hoe korter de vertaling lijkt. Ik veronderstel dan ook, dat niet alles door haar man wordt vertaald. Non-verbale gedragingen bevestigen dit.

De vrouw heeft rugklachten, dus moet ze voor het onderzoek haar gehele rug ontbloten. Op de vraag of ze zich wil uitkleden in het kleedhokje wisselen de vrouw en haar man betekenisvolle blikken. Als ze uiteindelijk uit haar hokje stapt heeft ze nog steeds een hemd aan. Met enig ongenoegen trekt ze op mijn verzoek dit kledingstuk ook uit, zodat het onderzoek kan beginnen.

Met al deze 'transculturele' zaken is altijd heel veel tijd gemoeid. Je kunt daarom tijdens het eerste bezoek lang niet alles doen wat je in de normale

routine doet. De meeste allochtone patiënten nemen veel meer tijd in beslag dan autochtonen. Natuurlijk moet je bij elke patiënt het vertrouwen winnen, maar bij mensen met een andere cultuur en andere gewoonten moet je vaak op een andere manier te werk gaan. Allochtonen kijken vaak heel anders aan tegen de intieme behandelingsituaties, die het vak nu eenmaal met zich meebrengt. Zodoende komen tijdens het eerste contact vaak veel te weinig gegevens beschikbaar om een volledige fysiotherapeutische diagnose te stellen. Soms zijn hier wel drie contacten voor nodig, waarbij dan nog steeds niet wordt behandeld. Een verwijzing voor fysiotherapie omvat in de meeste gevallen negen behandelingen van een half uur. Het is duidelijk dat je daar snel doorheen bent wanneer er al drie sessies nodig zijn voor het vaststellen van de juiste behandeling.

Na de ochtendbehandelingen volgt om half één het wekelijkse overleg met de andere collegae uit de praktijk om over allerlei kleine dingetjes met elkaar te overleggen.

Van twee tot vijf staat elke maandag de hydrotherapie op het programma. Dit houdt in dat een aantal patiënten in groepsverband in een warm bad oefeningen doen onder begeleiding van fysiotherapeuten. Het gaat op de eerste plaats om het oefenen, maar gezelligheid komt op een goede tweede plaats.

Ik begeleid vanmiddag veertien mensen. De ontmoeting begeleiden, ieder zijn verhaal laten doen in een uur en de groep toch gestructureerd laten oefenen vergt veel energie. Maar de blijde blikken, die vertellen dat ze minder pijn ervaren en de beleving dat ze weer bepaalde bewegingen kunnen maken die ze op het droge niet meer kunnen uitvoeren, maakt het ook voor de fysiotherapeut een dankbare behandeling om veel energie in te stoppen.

Dinsdag

Vandaag heb ik een erg vol programma.

Eén van de patiënten is een jongeman met rugklachten. Het is een asielzoeker uit Iran. Hij krijgt vandaag zijn laatste behandeling. De fysiotherapie heeft hem zichtbaar goed gedaan. Hij is van zijn rugklachten af, maar in sociaal opzicht voelt hij zich verre van happy. Hij is erg eenzaam. Ik vertel hem dat dit de laatste behandeling is en dat ik zijn arts over de resultaten ga informeren.

Hij kleedt zich aan en terwijl ik aan mijn bureau zit voel ik opeens iets aan mijn oor. Hij probeert me te zoenen. Ik schrik en sta op en vertel hem dat dit niet



kan. Hij zegt daarop, dat hij contact wil houden na de behandeling. Ik leg hem daarop uit, dat ik uitsluitend als therapeut een relatie met hem heb gehad en dat ons contact nu afgelopen is. Hij is uiteindelijk rustig weggegaan. Je wordt er aan de hand van zo'n voorval wel weer op gewezen wat een intensief lichamelijk contact teweeg kan brengen. Het geeft helemaal stof tot nadenken, wanneer je net in je brievenbus een boekje hebt gekregen over ongewenste intimiteiten van hulpverleners ten opzichte van hulpvragers.

Van drie tot vijf uur s'middags staan weer twee hydrotherapie-uren op het programma.

Ditmaal heb ik tien patiënten per uur. De dinsdag-groepen zijn er beter aan toe dan de maandag-groepen, dus zijn de mogelijkheden om te oefenen uitgebreider. Vandaag doe ik allerlei oefeningen met ballen. Je kan daar erg veel mee: het trainen van kracht, coördinatie ontwikkelen en allerlei bewegingen uitlokken. Het balspel is leuk en uitdagend.

Vooraf het samen spelen met de bal maakt de deelnemers erg enthousiast en fanatiek. Hierbij moet je wel opletten dat ze zichzelf niet overbelasten, ze oefenen immers niet voor niets in het water.

Om vijf uur is het snel omkleden geblazen, op de fiets springen om naar het platform van hulpverleners snellen. Deze bijeenkomsten worden regelmatig georganiseerd door de STIOM (STichting Ondersteuning Maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg). Er worden knelpunten in de eerstelijnszorg in het centrum besproken en plannen gemaakt om deze op te lossen. Zoals gewoonlijk is het een zeer gestructureerde en overzichtelijke vergadering.

Om 19.00 uur is de dag voorbij en zo eindigen mijn twee drukste dagen van de week.

Woensdag

Een relatief rustige dag. Vandaag staat een aantal chronische patiënten, veelal met pijnklachten, op het programma: mensen met reumatoïde artritis, de ziekte van parkinson, sclerodermie, enzovoort. Het betreffen vooral wekelijkse behandelingen, die erop zijn gericht dat patiënten enkele dagen minder pijn hebben. Het zijn voornamelijk oudere mensen, die door de wekelijkse therapie in staat blijven om nog thuis te wonen zonder dat ze echt verzorging nodig hebben. Hun partners lossen daarbij de kleine praktische problemen op (zoals het dichtknopen van de schoenen of het aantrekken van de sokken). Indien

de fysiotherapie of deze mantelzorg zou wegvallen bestaat de kans, dat ze naar een verzorgingstehuis moeten omdat ze dan snel achteruit zullen gaan. De fysiotherapie zorgt ervoor, dat de 'activities of daily life' nog grotendeels mogelijk blijven.

Zodra alle patiënten zijn behandeld en de deur uit zijn is er weer tijd voor wat bureau-werkzaamheden. Daarna ga ik naar huis. Vandaag een uurtje eerder.

Donderdag

Vandaag behandel ik zestien patiënten: rug- en nekklachten, elleboog- en schouderklachten, mensen, die niet kunnen ontspannen en een persoon met hyperventilatie.

Het bevredigende van het vak fysiotherapie is, dat je regelmatig mensen echt vooruit ziet gaan.

Zo gaat het bijvoorbeeld bij een 45-jarige Surinaamse vrouw met een vastzittende schouder. Door een vervelend ongelukje heeft ze haar schouder geblesseerd en in vier weken tijd kreeg ze een 'frozen shoulder', waardoor ze haar arm niet verder dan 45 graden voorwaarts of zijwaarts omhoog kon tillen. Normaal is voor zo'n aandoening ongeveer een half jaar therapie nodig. Het is ook een aandoening, die voorkomt 'op de lijst', hetgeen betekent, dat er meer dan de standaard negen behandelingen mogen worden gegeven. Voornamelijk door haar eigen inzet heeft ze vandaag na zes weken therapie een punt bereikt, waarop de therapie kan worden gereduceerd tot éénmaal per week. Een knappe prestatie.

Donderdag en vrijdag aan het eind van de middag houd ik als regel spreekuur voor mensen, die tot laat moeten werken. Vandaag komen twee Marokkaanse mannen, die beiden op verschillende locaties, in het Westland werken. Hun klachten komen sterk overeen. Ze zijn ontstaan door langdurige overbelasting: beide heren werken al meer dan 25 jaar in de tuinbouw.

Het is niet moeilijk te begrijpen en ook wel uit te leggen waar hun klachten vandaan komen. Alleen het wegnemen van de oorzaak gaat zo maar niet. Het is makkelijk om te zeggen, dat hun baan niet goed voor ze is vanwege de fysieke overbelasting die het met zich meebrengt. Maar ander werk vinden is voor hen onmogelijk. Dat je aan de oorzaken van de klachten niets kan doen is uitermate onbevredigend. Eens te meer is dit het geval wanneer de behandeling van klachten ook niet optimaal kan plaatsvinden omdat ze niet meer dan éénmaal per week kunnen komen. Vaker komen betekent een halve dag vrij

nemen. Want ziekteverlof zit er niet in bij hun baas.

Vrijdag

Vandaag is weer een gevarieerde dag.

Eerst zie ik zes patiënten op de praktijk, waaronder één nieuwe, overgenomen van een collega. Het betreft een jongeman, die een herniaoperatie in de rug heeft ondergaan. Meestal zie je na de operatie een flinke verbetering in de rug, maar bij deze patiënt schrik ik wanneer ik de bewegelijkheid zie. Tijdens het afnemen van de anamnese wordt me ook wel duidelijk waarom deze zo beperkt is. De jongeman had twee dagen na de operatie een flinke koorts gekregen en daardoor drie weken langer dan normaal in het ziekenhuis gelegen. Hij kon met moeite de trap oplopen terwijl hij op de eerste verdieping woont. Daarnaast was hij nog niet in staat om zichzelf te wassen en aan te kleden. In dit geval behandel ik dus niet op stoornisniveau maar zorg ik in eerste instantie, dat hij weer in thuis kan functioneren.

Om half twaalf stap ik weer op de fiets om mij voor een uur hydrotherapie naar het zwembad te begeven. Van half twee tot drie uur ga ik nog op huisbezoek bij enkele patiënten.

Daarna ontvang ik de laatste vier patiënten van de week. Een van hen is een patiënte met constante hoofdpijnklaften. Bij deze vrouw is ook een aandoening van het bindweefsel gediagnosticeerd. Ze zwemt elke dag om haar lichaam zo soepel mogelijk te houden en om in een zo goed mogelijke conditie te blijven. Het was niet nodig om als therapie ook nog eens oefeningen mee te geven. Uiteindelijk probeer ik met behulp van bindweefselmassage, via neurologische weg de pijn te beïnvloeden. Deze massage, die zeker niet zonder pijn plaats vindt, heeft al zeer goed gewerkt. Ze heeft af en toe nog hoofdpijn. Maar deze lijkt eerder gerelateerd aan de drukte en stress van de dag. Een tevreden klant!

Om vijf uur verlaat de laatste patiënt mijn behandelkamer en kan ik terugkijken op een fijne werkweek. Ik ben weer een aantal interessante ervaringen rijker. Nog even de troep opruimen, alle apparaten uit, agenda in de la, de computer uit en op naar een heerlijk weekend om weer energie te vergaren voor een nieuwe werkweek.

Dagboek van Henny Visser

Maandag

Als eerste komt een mevrouw met ernstige CARA. Ik behandel deze patiënte inmiddels vier maanden. Ze

heeft al 25 jaar ademhalingsklachten in de vorm van benauwdheid en het opgeven van slijm. Vroeger gebruikte ze voor haar klachten allerhande medicijnen, waaronder prednison. Volgens eigen zeggen had ze wel een schoenendoos vol met gekleurde pilletjes. Toen ze voor het eerst werd verwezen naar de fysiotherapeut is ze 'geklopt' (tapotage). Dat gaf naar de stellige overtuiging van haar veel verlichting en het medicijngebruik kon dan ook worden teruggebracht tot drie medicamenten: één voor het verwijden van de luchtpijp, één voor het afremmen van de ontsteking en de derde tegen de pijn.

Ik heb op nadrukkelijke wens van de patiënte de tapotage voorlopig voortgezet. Volgens haar is dat het enige wat helpt. Toch laat ik haar ook ademhalingsoefeningen doen en probeer ik haar thuis te laten trainen op een hometrainer. Dat verloopt echter moeizaam. Regelmatig slaat ze deze trainingen over, onder het excuus daar geen tijd voor te hebben.

Later op de ochtend komt een oudere vrouw van 85 jaar met gewrichtsarthrose. Ze beweegt zich moeizaam met een stok voort en heeft veel pijnklachten. Ik zie haar om de veertien dagen om haar rug, heup en knieën te masseren. Ze woont nog zelfstandig en rijdt zelf auto (onder andere voor haar bridgecontacten). Ze vindt zelf dat de behandeling haar voldoende mobiel houdt om dit allemaal te kunnen blijven doen. Ze zegt heel flink: 'Ik kan nog steeds één keer per week naar de derde etage van mijn huis om mijn plantjes water geven'. Als ik haar voorstel om toch vooral een alarmapparaatje om haar hals te dragen wil ze daar niets van weten. 'Dat kost alleen maar geld en vallen doe ik toch niet', zegt ze.

Als laatste voor vandaag komt een nieuwe patiënte van middelbare leeftijd met uitstralende pijn in de arm. Ze heeft mij gebeld en wilde gelijk komen. Ik heb haar uitgelegd, dat ik uitsluitend behandel na verwijzing door een arts. Inmiddels heeft ze een verwijfsbriefje van de huisarts bemachtigd.

Tijdens het onderzoek constateer ik een verminderde beweeglijkheid van de bovenrug. Hierdoor worden de ruggenwervels veel te veel belast en kan daar 'slijtage' ontstaan. De vrouw werkt als verkoopster en moet vaak hoog reiken om dozen te pakken. Waarschijnlijk zijn haar klachten door het veelvuldig (ver)rekken in haar nek ontstaan en straalt dat nu uit naar haar arm omdat door de pijn een andere spierspanning is ontstaan.

Aan de hand van een afbeelding van het bewegingsapparaat, die in de behandelkamer aan de muur hangt, leg ik haar klachten uit. Het is belangrijk dat

ze weer het normale bewegingspatroon aanleert en ook de oorzaak van haar klacht begrijpt. Dat begint al met de houding die de bovenrug aanneemt. Oefeningen zullen een belangrijk deel van de behandeling worden. Maar voordat we hiertoe over kunnen gaan is het noodzakelijk dat de doorbloeding van de spieren goed is. Dus daarom eerst masseren en rekken. De spieren voelen erg verkrampd aan. Het verschil tussen aan- en ontspannen is nauwelijks te merken. Ze maakt aarzelend maar welgemoed een begin met haar oefeningen.

Na de behandelingen op de praktijk is er tijd voor een patiënte van 92 jaar aan huis, dat wil zeggen een pension. In het Statenkwartier zijn nogal wat pensions, die vaak onder leiding staan van verpleegkundigen. Deze mevrouw wilde na een hersenbloeding persé niet naar een verzorgings- of verpleeghuis. Ze is halfzijdig verlamd. Mijn behandeling bestaat uit het doorbewegen van de verlamde zij, de patiënt met hulp tot zit brengen en het trainen van het evenwicht. Na dit behandelbezoek zit het er op voor vandaag.

Woensdag

De mevrouw met CARA is er weer. De patiënte heeft het wat benauwder dan maandag. Haar man is aan het witten in huis, dus alle spulletjes moesten worden verplaatst. Ik leg haar uit dat de toename van haar klachten wellicht komt door het stof dat in huis dwarrelt, losgekomen door het verplaatsen van de meubelen. Ze reageert daarop vinnig, dat bij haar altijd alles goed wordt schoongemaakt in huis. Zelfs de fotolijstjes worden iedere maand helemaal uit elkaar gehaald en afgestoft. Dan zal het wel de lucht van het witsel zijn geweest dat haar luchtwegen heeft geïrriteerd ...

Een van mijn cliënten deze dag is een jonge vrouw, die onlangs van de trap is gevallen. Ze heeft hevige pijn in de boven- en onderrug. De behandeling bestaat uit oefen therapie door de wervelkolom geleid actief te bewegen. De spierspanning neemt door de behandeling merkbaar af en de beweeglijkheid neemt toe. Ze moet thuis oefenen om de beweeglijkheid te onderhouden.

Ook voor de val had de vrouw al geruime tijd klachten, verspringend in karakter: van bovenrug naar onderrug, heup of elleboog. Haar vakantie in Indonesië vorig jaar met veel pijn ligt nog vers in het geheugen. Bij gebrek aan een fysiotherapeut is ze daar uiteindelijk door een chiropractor behandeld.

Nu wil ze over anderhalve week naar Vietnam om een lange wandeltocht met rugzak te maken. Ze ziet er erg tegenop en vraagt of haar vriend de volgende behandeling mee mag komen om een aantal trucjes te leren. We spreken af dat we dat zullen doen.

Voor haar moet haar lichaam nog alles kunnen. In ieder geval lijkt ze niet van plan haar vakantiekeuzes aan de mogelijkheden van haar lichaam aan te passen.

Haar verhaal contrasteert met mijn volgende patiënt. Het betreft een oudere vrouw, die ik iedere twee à drie weken zie voor een zogenaamde 'onderhoudsbehandeling'. Al jaren heeft ze rugklachten. Ze klaagt nu over pijn in de handen en de polsen, maar voegt daar gelijk aan toe: 'Hier kan ik toch niet steeds mee naar de dokter gaan. Ik wordt ouder en ouderdom komt met gebreken.' Maar ze kan niet eens meer een tijdschrift optillen.

Voor het maken van een vervolgspraak moet ik altijd wat tijd vrij maken. De afspraak moet namelijk in haar agenda worden geschreven. Er moet dus grondig (en langdurig) worden bekeken of er niet iets anders mee interfereert. De afspraak moet vervolgens door mij op een kaartje worden geschreven, want ze is erg gespist op het nakomen van de juiste afspraak: niet nakomen van een afspraak is voor haar gelijk aan beginnende dementie.

Om half zes vertrek ik naar het Westeinde Ziekenhuis voor een intercollegiaal overleg met fysiotherapeuten die intramuraal werken. CARA-patiënten worden regelmatig opgenomen in het ziekenhuis. Wij hebben deze patiënten dan in de voorzorg of de nazorg. Het is belangrijk om te weten wat iedere zorgverlener aan behandeling doet en welke gegevens worden verzameld. We besteden deze avond aan een inventarisatie van gegevens, die we in de eerste lijn nodig hebben en die in de ziekenhuisstatus staan vermeld.

Om zeven uur ga ik naar huis. Over zes weken hebben we weer overleg.

Vrijdag

De vrijdag verloopt rustig. Een patiënte, die nogal wat klachten had in verband met spanningen, heeft een huis gekocht. De spanningen en de klachten zijn duidelijk afgenomen.

Een patiënte met een aandoening van de lymfwegen belt af. Ze ligt met griep in bed.

Het weekend begint.

Veel genot en wijsheid?

Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (II)

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

De tegenwoordig Productgroep Jeugdgezondheidszorg geheten afdeling van de Haagse GGD deed in 1996 onderzoek naar het gebruik van genotmiddelen onder 1.181 Haagse leerlingen uit het Voortgezet Onderwijs. In deze - tweede - aflevering over dat onderzoek het waarom achter het gebruik.

Uit nadere studie wordt duidelijk dat, gezien de onderzoeksopzet, bij het benoemen van oorzaak en gevolg terughoudendheid is geboden. Dat neemt niet weg dat er enkele duidelijke aanbevelingen en conclusies naar voren komen. Zo drinkt de Haagse jeugd minder alcohol dan de Nederlandse, wat voor een flink deel te maken heeft met het grotere aandeel onder hen dat een Islamitische opvoeding heeft genoten.

In de vorige aflevering van het Epidemiologisch Bulletin werden cijfers over genotmiddelengebruik gepresenteerd, gebaseerd op onderzoek dat de productgroep Jeugdgezondheidszorg van de Haagse GGD in 1996 uitvoerde onder 1.181 leerlingen uit het Voortgezet Onderwijs (1). Dit onderzoek was onderdeel van het (inmiddels vierde) landelijke onderzoek naar genotmiddelengebruik door scholieren dat het Trimbos-instituut, in samenwerking met een groot aantal GGD-en, elke vier jaar uitvoert (2)(3). In het eerste artikel werd een aantal methodologische kanttekeningen geplaatst, waar nu kortheidshalve naar wordt verwezen.

In dit artikel staat de vraag centraal, welke achtergrondkenmerken van de respondenten samenhang vertonen met het al dan niet gebruiken van genotmiddelen. Als criterium voor genotmiddelengebruik is genomen het antwoord op de vraag of de leerling het desbetreffende genotmiddel in de afgelopen vier weken ten minste één keer heeft gebruikt. Het Trimbos-instituut heeft op landelijk niveau de vraag naar de samenhang van diverse achtergrondkenmerken met actueel genotmiddelengebruik beantwoord voor tabak, alcohol, cannabis, XTC en de gokkast. Voor Den Haag was het aantal XTC-gebruikers te gering om een lokale analyse te kunnen uitvoeren. Voor de andere vier genoemde middelen wordt het Haagse beeld vergeleken met het landelijke.

Vervolgens komt de vraag aan de orde in hoeverre

Over de auteurs:

M.R.J.M. Fengler, psycholoog, tijdelijk werkzaam geweest bij de afdeling Epidemiologie, B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, 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.

met deze achtergrondkenmerken kan worden verklaard waarom de Haagse prevalentiecijfers op sommige punten afwijken van de landelijke.

Ter afsluiting wordt ingegaan op het project 'De gezonde school en genotmiddelen' en op de vraag welke conclusies en aanbevelingen kunnen worden getrokken respectievelijk gedaan op basis van dit onderzoek.

Onderzochte achtergrondkenmerken en methode

In de vragenlijst was een aantal vragen opgenomen over achtergrondkenmerken van de leerlingen, zoals leeftijd, geslacht, religieuze opvoeding, geboorteland van de ouders, gezinssituatie en dergelijke. Ook is gevraagd naar de financiële speelruimte (zakgeld, geld uit werk), de houding van de ouders ten opzichte van het genotmiddelengebruik, gebruik door de ouders en door vriend(inn)en. Voorts is getracht de leefstijl en de normen en waarden van de leerlingen in beeld te krijgen door middel van vragen over 'uitgaansgedrag' en door vragen naar eventueel 'crimineel gedrag'. Tenslotte is ook gevraagd of een leerling, in het kader van het project 'De gezonde school en genotmiddelen', al een les had gevolgd over het desbetreffende genotmiddel. Op basis van deze vragen zijn 17 variabelen geconstrueerd (zie kader).

In navolging van het Trimbos-instituut is als analyse-methode gekozen voor multipele logistische regressie. Dit is een statistische analysetechniek die het mogelijk maakt te meten welke samenhang deze variabelen vertonen (onderling onafhankelijk) met de prevalentie van het gebruik van de respectievelijke genotmiddelen. De variabelen worden steeds weergegeven in volgorde van de sterkte van de samenhang.

Achtergrondkenmerken en gebruik

Roken

In het landelijke bestand bleken de volgende achtergrondkenmerken samen te hangen met een verhoogde prevalentie van actueel roken:

- gebruik door peers;
- spijbelen;
- mate van uitgaansgedrag;
- gebruik door ouders;
- mate van crimineel gedrag;
- hoeveelheid geld uit werk.

De 17 variabelen die zijn geconstrueerd op basis van vragen naar achtergrondkenmerken luiden als volgt (3):

- leeftijd;
- geslacht;
- thuissituatie (woont wel/niet thuis met beide ouders);
- geboorteland van de vader (wel/niet Nederland);
- wel/niet religieus opgevoed;
- wel/niet islamitisch opgevoed;
- werksituatie ouders I (beide ouders werken: ja/nee);
- werksituatie ouders II (beide ouders werken niet: ja/nee);
- zakgeld (0, 1-10, 11-20, >20 gulden per week);
- geld uit werk (0, 1-10, 11-20, >20 gulden per week);
- spijbelen (heeft wel/niet minstens één uur gespijbeld in de afgelopen vier weken);
- gebruik door peers (hoogstens een paar versus de helft of meer van de vrienden);
- gebruik door ouders (hoogstens af en toe versus wekelijks of vaker);
- houding ouders t.a.v. gebruik (positief/neutral versus negatief);
- les (heeft wel/niet de klassikale les van het project 'De gezonde school en genotmiddelen' over het desbetreffende middel reeds gevolgd);
- crimineel gedrag: score van 0 tot 9 (afhankelijk van het antwoord op vragen naar:
 - bromfietsen stelen;
 - geld weghalen uit portemonnee vader/moeder;
 - graffiti aanbrengen;
 - (ver)kopen van gestolen goederen;
 - stelen uit auto's/woningen;
 - prijskaartjes verwisselen;
 - vandalisme;
 - winkeldiefstal;
 - zwartrijden);
- uitgaansgedrag: score van 0 tot 4 (afhankelijk van het al dan niet bezoeken van:
 - café;
 - disco;
 - houseparty;
 - cafetaria).

De volgende kenmerken hingen samen met een verlaagde prevalentie:

- afkeurende houding van ouders;
- mannelijk geslacht (3).

De analyse op het Haagse bestand leverde een beeld op dat niet wezenlijk hiervan afwijkt. Wel blijkt in Den Haag het thuiswonen met beide ouders samen te hangen met een verlaagde prevalentie van actueel roken.

Alcohol

In het landelijke bestand bleken de volgende achter-

grondkenmerken samen te hangen met een verhoogde prevalentie van actueel alcoholgebruik:

- gebruik door peers;
- spijbelen;
- mate van uitgaansgedrag;
- gebruik door ouders;
- leeftijd;
- mate van crimineel gedrag;
- hoeveelheid geld uit werk;
- mannelijk geslacht;
- hoeveelheid zakgeld.

De volgende kenmerken hingen samen met een verlaagde prevalentie:

- islamitische opvoeding;
- afkeurende houding van ouders (3).

De analyse op het Haagse bestand leverde in grote lijnen hetzelfde beeld op, met twee uitzonderingen.

In Den Haag zijn er geen verschillen in drinkgedrag tussen jongens en meisjes. Dit kwam al naar voren in het eerste artikel, waarin echter nog niet was gecorrigeerd voor de mogelijke vertekening door de andere achtergrondkenmerken.

In Den Haag blijkt de thuissituatie veel invloed te hebben. Leerlingen die met beide ouders thuis wonen drinken minder alcohol.

Cannabis

In het landelijke bestand bleken de volgende achtergrondkenmerken samen te hangen met een verhoogde prevalentie van cannabisgebruik:

- gebruik door peers;
- mannelijk geslacht;
- mate van uitgaansgedrag;
- mate van crimineel gedrag;
- leeftijd.

De volgende kenmerken hingen samen met een verlaagde prevalentie:

- afkeurende houding van ouders;
- thuiswonen met beide ouders;
- religieuze opvoeding (3).

De analyse op het Haagse bestand leverde een vrijwel overeenkomstig beeld op, met drie uitzonderingen. In tegenstelling tot de situatie bij alcohol is in Den Haag de invloed van de sekse veel groter dan landelijk. Voorts is de vraag niet meer zo belangrijk of iemand wel of niet religieus is opgevoed, maar of iemand wel of niet islamitisch is opgevoed. De islamitisch opgevoede leerlingen blowen minder. En als laatste valt op dat de mate van uitgaansgedrag in Den Haag geen

enkele samenhang vertoont met het cannabisgebruik.

XTC

In het landelijke bestand bleken de volgende achtergrondkenmerken samen te hangen met een verhoogde prevalentie van XTC-gebruik:

- gebruik door peers;
- spijbelen;
- mate van uitgaansgedrag;
- mate van crimineel gedrag.

Thuiswonen met beide ouders hing samen met een verlaagde prevalentie van XTC-gebruik (3).

Zoals gezegd bevatte het Haagse bestand te weinig XTC-gebruikers voor een zinvolle analyse.

Gokken

In het landelijke bestand bleken de volgende achtergrondkenmerken samen te hangen met een verhoogde prevalentie van spelen op een fruitautomaat:

- gebruik door peers;
- mannelijk geslacht;
- mate van uitgaansgedrag;
- mate van crimineel gedrag;
- hoeveelheid zakgeld.

Een afkeurende houding van de ouders hing samen met een verlaagde prevalentie van gokken (3).

De analyse op het Haagse bestand leverde een beeld op dat niet wezenlijk hiervan afweek. Met name zij vermeld dat er dit keer geen samenhang werd gevonden tussen prevalentie van (actueel) gokken en het al dan niet met beide ouders thuiswonen.

De samenhang nader beschouwd

Hoewel elk genotmiddel zijn eigen rijtje relevante achtergrondkenmerken heeft, springen vier kenmerken eruit als tamelijk constant: *gebruik door peers, uitgaansgedrag, crimineel gedrag* en de *houding van de ouders*.

De belangrijkste valkuil bij de interpretatie van de gepresenteerde gegevens is dat men geneigd is te denken aan *causaliteit*. 'Omdat de ouders afkeurend reageren op alcoholgebruik, gebruiken de kinderen van deze ouders minder vaak alcohol'. In werkelijkheid zullen de relaties vaak ingewikkelder liggen. Een sprekend voorbeeld is het gebruik door peers. Ongetwijfeld zal iemand wiens vrienden regelmatig alcohol gebruiken een grotere kans hebben het zelf ook eens te proberen. Maar het werkt minstens zo

sterk andersom: iemand die drinkt zal eerder vrienden zoeken die óók drinken. Wat hier oorzaak is en wat gevolg laat zich niet ontrafelen, zeker niet met een momentopname, wat dit onderzoek toch is geweest. Het materiaal bevat wel aanwijzingen dat de sterke samenhang van genotmiddelengebruik met het gebruik door peers vooral te maken heeft met het 'elkaar opzoeken'. Zo is er een duidelijk verschil in sterkte van deze samenhang bij enerzijds tabak en alcohol en anderzijds cannabis. Bij cannabis is de samenhang heel sterk. Het is nauwelijks voorstelbaar dat iemand bij dit genotmiddel gemakkelijker over de drempel wordt geholpen door het cannabisgebruik door vrienden dan bijvoorbeeld bij alcohol. Veel waarschijnlijker is dat cannabisgebruikers een meer gesloten gezelschap vormen (de 'scene') waar niet-blowers niet aan deelnemen.

Een op het eerste gezicht verrassende bevinding is dat *leeftijd* bij de meeste genotmiddelen geen belangrijke rol speelt. Bij nadere beschouwing is dit toch weer niet zo onverwacht. Zoals uit de figuren in het eerste artikel bleek is er wel degelijk een duidelijk verband tussen leeftijd en genotmiddelengebruik. Maar met het ouder worden verandert er méér dan alleen de biologische leeftijd. De leerling gaat vaker uit, krijgt de gelegenheid zich aan te sluiten bij een vriendenkring waarbinnen een bepaald genotmiddelengebruik gangbaar is enzovoorts. De (biologische) leeftijd als zodanig is dus niet zo zeer van belang als wel de ermee gepaard gaande veranderingen in leefstijl.

Het *uitgaansgedrag* is in de analyse opgenomen omdat men hiermee een leefstijlkenmerk van de leerlingen heeft willen meten. Opvallend is echter dat uitgaansgedrag bij de Haagse leerlingen - in tegenstelling tot de landelijke situatie - geen enkele relatie heeft met cannabisgebruik. Bij alle andere genotmiddelen is het uitgaansgedrag wel een belangrijke factor. Het uitgaansgedrag is gescoord aan de hand van bezoek aan café, disco, houseparty en cafetaria. Naar coffeeshopbezoek is niet gevraagd. Het is goed voorstelbaar dat in Den Haag de hasj vooral in de coffeeshop wordt gekocht en op het platteland eerder in de disco of op de houseparty. Dit zou kunnen verklaren waarom uitgaansgedrag in Den Haag geen samenhang heeft met cannabisgebruik. In dat geval moet worden geconcludeerd dat uitgaansgedrag blijkbaar niet zozeer moet worden opgevat als leefstijlkenmerk maar simpelweg weer-

geeft in hoeverre de leerling plaatsen bezoekt waar het desbetreffende genotmiddel verkrijgbaar is.

Een laatste opvallende bevinding is dat de *thuis situatie* in Den Haag over het algemeen een veel sterkere samenhang vertoont met genotmiddelengebruik dan landelijk, uitgezonderd het spelen op fruitautomaten. Thuiswonen met beide ouders is een situatie die in Den Haag minder frequent voorkomt dan landelijk (72% versus 83%). Maar thuiswonen met beide ouders gaat bij de Haagse leerlingen wel gepaard met een ten opzichte van het landelijke beeld sterkere verlaging van de prevalentie van gebruik van tabak, alcohol en cannabis. Het lijkt er dus op dat thuiswonen met beide ouders in Den Haag meer (dus: gunstiger) invloed heeft op de kans dat een kind gaat roken, drinken en blowen. Wanneer we het erover eens zijn dat dit wijst op een gunstig opvoedingsklimaat, dan zou de optimistische conclusie kunnen luiden dat in onze stad weliswaar gebroken gezins-situaties vaker voorkomen, maar dat de volledige gezinnen wel een stabielere omgeving bieden aan het kind dan elders. Misschien worden 'slechte' huwelijken in de stad gewoon sneller ontbonden dan op het platteland.

Binnen de groep leerlingen die met beide ouders thuiswonen viel voorts op dat er een duidelijke (zij het bij de meeste genotmiddelen niet statistisch significante) samenhang is met de vraag *of de ouders werken*. Zowel het wel werken door beide ouders als het niet werken door beide ouders hing samen met een verhoogde prevalentie van genotmiddelengebruik. Het laagste genotmiddelengebruik vinden we bij de kinderen van wie één ouder werkt en de ander niet.

Het lagere alcoholgebruik in Den Haag

In het eerste artikel bleek dat het alcoholgebruik onder de Haagse scholieren lager ligt dan het landelijke gemiddelde, zij het dat bij deze bevinding nogal wat methodologische kanttekeningen moesten worden geplaatst.

In het onderzoeksverslag van het Trimbos-instituut komt naar voren dat het genotmiddelengebruik in de vier grote steden over het algemeen lager is dan landelijk. Wat we in Den Haag vonden is dus een protestads-effect. Het Trimbos-instituut heeft specifiek voor het lagere alcoholgebruik in de grote steden nog een extra logistische regressie-analyse uitgevoerd waarbij vooral naar de invloed van een

islamitische opvoeding is gekeken. Hiermee bleek inderdaad een deel van het verschil tussen de vier grote steden en de rest van het land te kunnen worden verklaard, maar beslist niet het hele verschil. Omdat we voor Den Haag de beschikking hadden over een voldoende groot bestand, konden we nagaan welke achtergrondkenmerken als belangrijkste verantwoordelijk konden worden gehouden voor het verschil in alcoholgebruik tussen Den Haag en Nederland als geheel. Hieruit kwam als top drie naar voren: islamitische opvoeding, afkeurende houding van de ouders (in Den Haag vaker aanwezig dan elders in Nederland) en een lager niveau van het uitgaansgedrag. Wederom geldt dat deze drie variabelen onderling onafhankelijk zijn onderzocht. Een voorbeeld ter illustratie: het vaker voorkomen van een afkeurende houding van de ouders is in deze analyse gecorrigeerd voor het feit dat ook de islamitische opvoeding vaker voorkomt.

Overigens hebben we in het materiaal geen vergelijkbare verklaring kunnen vinden voor het lagere actuele cannabisgebruik door de Haagse schoolmeisjes (1).

De gezonde school en genotmiddelen

Het Trimbos-instituut en een groot aantal GGD-en (waaronder de Haagse) werken samen in het project 'De gezonde school en genotmiddelen'. Onder deze titel 'wordt voor het voortgezet onderwijs een les-pakket aangeboden dat over een periode van drie jaar de meeste aspecten van het gebruik van genotmiddelen behandelt. (...) Op de ruim 350 scholen in Nederland die aan dit project deelnemen wordt voorlichting gegeven over roken, alcohol, blowen, XTC en gokken. Voorts is er aandacht voor leerlingbegeleiding en voor regels over het gebruik van genotmiddelen rond de school' (4).

Over de vraag of 'De gezonde school en genotmiddelen' effectief is lopen de meningen onder deskundigen uiteen. Het Trimbos-instituut heeft een onderzoek laten uitvoeren waaruit zou blijken dat het project inderdaad gunstige effecten heeft (5). Maar dit overtuigde niet alle deskundigen en er volgde een polemiek in de vakpers (6)(7)(8).

De vraag dringt zich op of de gegevens uit het onderhavige onderzoek licht kunnen werpen op de vraag naar de effectiviteit van genoemd project. Dit blijkt om verschillende redenen niet het geval.

Als we de relatief gunstige Haagse prevalentie van

actueel alcoholgebruik als voorbeeld nemen, dan valt in de gegevens op dat het percentage kinderen dat een les over alcohol heeft gevolgd in de Haagse steekproef niet hoger is dan landelijk (29% bij de Haagse VO-jeugd versus 32% landelijk). Dit impliceert dat de lagere Haagse prevalentie niet uit het project 'De gezonde school en genotmiddelen' kan worden verklaard. Bovendien: noch in het landelijke noch in het Haagse bestand werd een duidelijke relatie gevonden tussen de variabelen 'heeft een les gevolgd over genotmiddel X' en 'actueel gebruik van genotmiddel X'.

Zoals in de volgende paragraaf wordt besproken zouden er trouwens ook geen causale verbanden mogen worden gelegd indien er wèl (statistische) verbanden waren gevonden in het materiaal.

Conclusies en aanbevelingen

Het onderhavige onderzoek was een momentopname. Over het algemeen kunnen daarom geen causale verbanden worden aangetoond, ook niet in geval van aangetoonde statistische verbanden. Als voorbeeld werd al genoemd het verband tussen de variabelen 'actueel gebruik van genotmiddel X' en 'gebruik door peers'. Hier is meteen duidelijk dat men terughoudend moet zijn in het benoemen van oorzaak en gevolg. Bij sommige andere achtergrondkenmerken is het denkbaar dat er niet zozeer sprake is van een rechtstreeks (causaal) verband, maar dat de statistische samenhang kan worden herleid tot nog weer andere factoren, die niet in het onderzoek zijn betrokken. Voorbeeld: het al dan niet religieus zijn opgevoed hangt samen met allerlei andere kenmerken van specifieke (sub)culturen.

Voorts kunnen er verschillen in sociaal wenselijke antwoordtendities bestaan. Voorbeeld: een leerling die geen alcohol gebruikt zal eerder geneigd zijn te denken dat zijn/haar ouders alcoholgebruik zouden afkeuren dan een leerling die wel af en toe een glaasje neemt.

Voor betrouwbaar inzicht in de causale samenhang tussen achtergrondkenmerken en genotmiddelengebruik is een andere onderzoeksoptzet nodig, waarbij leerlingen op individueel niveau in de tijd worden gevolgd en kwantitatieve gegevens worden gecombineerd met de uitkomsten van kwalitatief onderzoek. Met dit laatste kan inzicht worden verworven in de betekenis van de gemeten achtergrondkenmerken. Hiermee kan de inhoudelijke aard van de causale relatie in beeld worden gebracht, en daarmee

eventuele beïnvloedbare determinanten van genotmiddelengebruik.

Ook het Trimbos-instituut stelt in het onderzoeksverslag dat dit onderzoek geen causale conclusies toestaat (3). Het verslag bevat wel aanbevelingen, maar die zijn voornamelijk gebaseerd op ander onderzoek. Onderstaand worden de belangrijkste aanbevelingen gepresenteerd, met een enkele aanvulling.

Voorlichtings- en preventie-activiteiten zoals 'De gezonde school en genotmiddelen', moeten onverminderd worden voortgezet en ook worden gericht op de jongere scholieren.

Het instellen van een minimumleeftijd voor de verkoop van tabak kan een belangrijk signaal zijn dat het gaat om een riskante stof. Iets vergelijkbaars geldt voor een rookverbod in openbare ruimte en een algemeen verbod op tabaksreclame.

Andere aandachtspunten zijn:

- het betrekken van ouders bij voorlichtings- en preventie-activiteiten (voorbeeldgedrag);
- het opzetten van spijbelprojecten;
- vroege interventie bij beginnend crimineel gedrag;
- de horeca aanspreken op een rol bij de preventie van (overmatig) drankgebruik door jongeren;
- verbieden van coffeeshops in de nabijheid van scholen;
- geen gokmogelijkheden in de buurt van scholen en strenger toezicht op de naleving van de leeftijdsgrens voor gokken van 18 jaar in met name snackbars;
- in de voorlichting aandacht schenken aan de risico's van gecombineerd gebruik. Het Trimbos-instituut noemt met name de combinatie van amfetamine en XTC.



Slot

In het vorige bulletin werden de prevalentiecijfers gepresenteerd van genotmiddelengebruik door Haagse scholieren. Dit gebruik ligt bepaald niet laag. Maar de cijfers zijn anderzijds niet ongunstiger en in sommige opzichten zelfs gunstiger dan landelijk.

In dit tweede artikel is per genotmiddel (tabak, alcohol, cannabis, XTC en de fruitautomaat) weergegeven welke achtergrondvariabelen samenhangen met een hoge of juist lage prevalentie. Het beeld varieert per genotmiddel, maar vier kenmerken zijn tamelijk constant: gebruik door peers, de mate van uitgaansgedrag en de mate van crimineel gedrag hangen samen met een hogere prevalentie en een afkeurende houding van de ouders hangt samen met een lagere prevalentie. In Den Haag is, in vergelijking met de rest van Nederland, de thuissituatie belangrijker. Thuiswonen met beide ouders hangt samen met een laag prevalentiecijfer.

De relatief lage prevalentie van alcoholgebruik door de Haagse schooljeugd is (statistisch) verklaarbaar uit het vaker voorkomen van een islamitische opvoeding, een hoger percentage ouders dat negatief staat tegenover alcoholgebruik door de leerling en een lager niveau van het uitgaansgedrag.

Het onderzoek laat geen causale conclusies toe. Het geeft geen informatie over de effectiviteit van het project 'De gezonde school en genotmiddelen'.

Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Fengler MRJM, Zwartendijk-Schats MATW. Veel genot en wijsheid? Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (I). *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 2: 20-6.
2. 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.
3. 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.
4. Genot en onderwijs. Gezonde school en genotmiddelen in Den Haag. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag, Afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding. Maart 1998.
5. Weerdt I de, Jonkers R, Nierkens V, Jongkind S. Begeleidend onderzoek 'De gezonde school en genotmiddelen'; stand van zaken van het effect- en implementatieonderzoek per november 1997. ResCon, Haarlem 1997.
6. Kok G. Goed bedoelde onzin van drugsvoorlichting. *Psy, blad voor de geestelijke gezondheidszorg* 1997; 1 nr 11: 14-5.
7. Dugardyn RJAG. 'Opeens was ik een van de oudste'. *Tijdschr Gezondh Voorlichting* 1998; 15 nr. 4: 4-7.
8. Wetser P. 'De gezonde school en genotmiddelen' wél effectief. *Tijdschr Gezondh Voorlichting* 1998; 15 nr. 5: 9-10.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Hemoglobinopathieën

In 1995 is in het decembernummer van dit bulletin een uitgebreid artikel opgenomen over het voorkomen van erfelijke bloedarmoede bij migranten: de thalassemieën en sikkelcelanemie (c.q. andere Hb-varianten).

Sindsdien vragen huisartsen en specialisten hiertoe frequenter gericht laboratoriumonderzoek aan bij de hematologische laboratoria van de ziekenhuizen Leyenburg en Westeinde.

In onderstaande tabel zijn over 1997 de positieve uitslagen weergegeven van het laboratoriumonderzoek, uitgevoerd in deze twee ziekenhuizen samen (dubbel-tellingen zijn zoveel mogelijk uitgesloten).

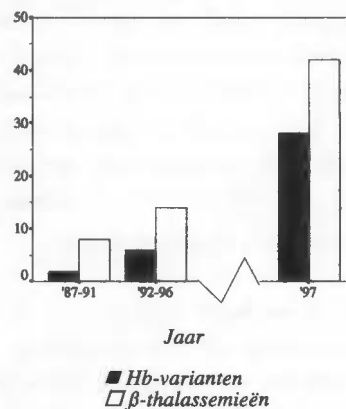
Uitslag	Aantal (N=660)	%
α -thalassemie	10	1,5
β -thalassemie	84	12,7
HbAS	32	4,8
HbAC	11	1,7
HbAE	12	1,8
HbSS	5	0,8
Overige	10	1,5
Totaal aantal testen met een pos. uitslag	164	24,8

In werkelijkheid zullen zich onder de 660 onderzochte personen een groter aantal dragers van α -thalassemie bevinden. Immers, met eenvoudig onderzoek is dit dragerschap niet te onderscheiden van een ijzertekort. Daarom wordt in voorkomende gevallen, in de brief met de hemoglobine-analyse, aan de huisarts gevraagd om het onderzoek te herhalen na adequate ijzersubstitutie (soms wordt gevraagd om de patiënt of diens familie te verwijzen voor verder onderzoek). In een aantal gevallen van α -thalassemie-dragerschap zal dergelijk vervolgonderzoek (nog) niet hebben plaatsgevonden en is dit dragerschap dus nog niet vastgesteld.

We zien dat bij 13% van de testen dragerschap van β -thalassemie werd geconstateerd en bij 10% dragerschap van sikkelcelanemie of een andere Hb-variant. Bij vijf patiënten werd - voor de eerste maal - homozygote sikkelcelanemie vastgesteld en bij één homozygote β -thalassemie.

In de onderstaande figuur wordt de toename van de absolute aantallen positieve testuitslagen in de tijd geïllustreerd op basis van gegevens van alleen Ziekenhuis Leyenburg. In de periode 1992-1996 zien we al een zekere toename in vergelijking met de periode 1987-1991, maar de toename in 1997 is nog veel sterker dan in de voorliggende vijf jaar samen.

Gemiddeld aantal per jaar



Via deze weg wordt nogmaals de aandacht gevraagd voor het belang van het vroegtijdig onderkennen van (dragerschap van) erfelijke bloedarmoede. Op basis van demografische gegevens valt te berekenen dat het aantal dragers in Den Haag in de orde ligt van zo'n tienduizend.

Adequate diagnostiek is van belang vanwege de volgende redenen.

- Het voorkomt onnodig nader onderzoek alsmede overbodige ijzertherapie bij patiënten met een hardnekkig microcytair bloedbeeld.
- Het kan leiden tot de preventie van homozygote vormen van thalassemie en sikkelcelanemie.

Indien dragerschap van thalassemie of een Hb-variant is aangetoond wordt sterk aangeraden het bloed van de eventuele partner te laten onderzoeken. Immers de

kans op een homozygoot kind indien beide ouders drager zijn is 25%. Deze kinderen lijden vanaf het eerste levensjaar aan een ernstige, ongeneeslijke ziekte. Bovendien wordt geadviseerd de naaste familie van de drager te laten onderzoeken: de kans op dragerschap is bij een broer, zuster of ouder 50%, bij ooms en tantes 25%. Op deze wijze kan via 'cascade-screening' een groot aantal mensen worden bereikt. Belangrijk is daarbij duidelijk te maken dat het vaststellen van dragerschap niet betekent dat iemand ziek is. Circa 5% van de wereldbevolking is drager en gezond.

Algemeen wordt aangenomen dat dragerschap van erfelijke bloedarmoede een beschermende werking biedt tegen malaria. Door de natuurlijke selectie in gebieden waar malaria tropica endemisch voorkomt, is het percentage dragers aldaar dientengevolge hoog. De kans op dragerschap bij mensen die *recent* uit landen rond de Middellandse Zee, Afrika, het Midden en Verre Oosten en het Caribisch gebied kwamen is circa één op vijftien. Bij mensen met verre voorouders uit deze gebieden is de kans twee keer zo klein. (N.B.: onder autochtone Nederlanders is deze kans 1 op 1.300.) Omdat de huwelijkspartner over het algemeen uit dezelfde etnische gemeenschap wordt gekozen en het merendeel van de huidige bevolking 'at risk' jong is, is de kans groot dat het aantal homozygote kinderen zal toenemen. Reden genoeg om waakzaam te zijn op het vóórkomen van erfelijke bloedarmoede onder migranten.

Illustraties: Hildo Cohen

Voorlichting

'De thuisdokter'

Op 3 september 1998 vond de startbijeenkomst van het project 'De thuisdokter' plaats in de Rubenshoek te Den Haag.

Het project is een gezamenlijk initiatief van BOOG, GGD/GVO, STIOM, Thuiszorg Den Haag en de huisartsen Avezaat, Backus, Balak, Bolsius, Bonda, Van Doorn, Falke, Jabroer, Legemaat, Luirink, Lutjenhuis, Van Manen, Van Rens, Roosemalen-Scheffer, Spaling, Van Staveren, Stevens, Sukhram, Velema, Verhage, Voogt, Vrolijk en Wuister.

Doelstelling van het project is dat bewoners uit de stadsdelen Centrum en Laak weten hoe zij twaalf vaak voorkomende kleine kwalen zelf kunnen verhelpen en dat ze weten wanneer ze wel en niet naar de huisarts moeten. Het gaat niet om ernstige of bijzondere aandoeningen, maar om problemen die in elk gezin op gezette tijden aan de orde zijn. Ze behoren tot de meest gepresenteerde klachten op het spreekuur van de huisarts. De gezondheidstips gaan over wat je moet doen bij: diarree, hoesten, griep, hoofdpijn, keelpijn, kinderziektes met vlekjes, koorts bij kinderen, maagklachten, oorpijn bij

kinderen, rugklachten, slapeloosheid en stress. Uiteindelijk gaat het om het bevorderen van verantwoorde zelfzorg. Vandaar de titel. De thuisdokter dat ben je namelijk zelf!

Vanaf september gaan de hierboven genoemde huisartsen boekjes 'Tips voor de thuisdokter' overhandigen aan patiënten. Zowel de desbetreffende huisartsen als hun assistentes zullen in contacten met patiënten regelmatig verwijzen naar het boekje.

Migrantenvoorlicht(st)ers gaan hierover vanaf september groepsvoorlichting in de eigen taal en cultuur geven. Zij maken hierbij gebruik van video's, praatplaten en sheets. Alle materialen zijn beschikbaar in verschillende taalversies. Ook in de lokale media (wijk-kranten etc.) wordt uitgebreid aandacht besteed aan dit project.

Voor meer informatie over het project 'De thuisdokter' kunt u contact opnemen met mw. Trees van der Maat, projectleider van STIOM, telefoon: 070 - 388 94 08.

Sociale Gids voor Den Haag 1998/1999

Bij het Centraal Informatiepunt Ouderen en Meldpunt Mantelzorgers (CIPO) is de nieuwe Sociale Gids voor Den Haag verkrijgbaar. Het CIPO heeft deze 25e uitgave inmiddels voor de zesde keer samengesteld en geproduceerd.



De Sociale Gids verschijnt, al vanaf 1957, elke twee jaar en omvat circa 200 pagina's. In de gids staan ongeveer 2.000 adressen en gegevens van diverse organisaties en instanties die iets kunnen toevoegen aan het welzijn van de Hagenaars in het algemeen en van bepaalde groepen in het bijzonder.

Naar aanleiding van signalen van gebruikers is de indeling van de inhoud grondig herzien. De hoofdstukken zijn veranderd en de informatie is overzichtelijker ingedeeld. De informatie is nu gevat onder vijf in plaats van negen hoofdstukken. De hoofdstukken zijn: Hulpverlening, Gezondheidszorg, Wonen/Huisvesting, Sociaal-culturele dienstverlening/Educatie en Informatie- en advieswerk.

De Sociale Gids is te koop bij de informatiebalie van het CIPO in het Atrium van het stadhuis in Den Haag, en bij de boekhandels Van Stockum en Paagman. De prijs bedraagt f. 23,--.

Preventie van depressie bij jongeren

Tussen de 20 en 40 procent van alle jongeren heeft wel eens depressieve symptomen. Bij veel jongeren zijn de depressieve klachten tijdelijk, maar bij een kleine groep kunnen die klachten een voorbode zijn van psychische problemen, ongezonde leefgewoonten en verminderd sociaal functioneren. Preventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het terugdringen van de depressieve klachten. Bij het Trimbos-instituut is verschenen het boek 'Preventie van depressie van jongeren. Theoretische en praktische stand van zaken'. Het is bedoeld voor preventied medewerkers van RIAGG's, GGD'en en

psychiatrische ziekenhuizen.

Doel van het boekje is een overzicht te geven van de stand van zaken bij preventie van depressie bij jongeren, zowel theoretisch als praktisch. Het bevat onder meer een hoofdstuk waarin depressie bij jongeren in een historisch perspectief is geplaatst. Beschreven wordt ook hoe een depressie zich bij hen kan uiten, hoe vaak het voorkomt en wat de gevolgen kunnen zijn. Risicofactoren en beschermende factoren voor depressie bij jongeren komen eveneens aan bod. Centraal staan aanknopingspunten voor preventie. Beschreven worden ervaringen met projecten voor enerzijds volwassenen en ouderen en anderzijds pubers en adolescenten. Het boekje geeft verder een inventarisatie van de projecten in de Nederlandse GGZ die zich richten op preventie van depressie bij jongeren. Daarnaast worden de knelpunten samengevat die preventiewerkers ervaren bij het opzetten en uitvoeren van depressiepreventieprojecten voor jongeren.

De publicatie kost f. 19,50 (incl. verzendkosten) en kan worden besteld bij het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel. 030 - 297 11 00, onder vermelding van LOP-reeks 20.

Preventie van kindermishandeling en seksueel misbruik; achtergrondinformatie voor het basisonderwijs

Naar schatting worden per jaar 50.000 kinderen mishandeld en misbruikt. Dit betekent dat zich onder de leerlingen van iedere basisschool wel slachtoffers van mishandeling of seksueel misbruik bevinden.

In de publicatie 'Preventie van

kindermishandeling en seksueel misbruik; achtergrondinformatie voor het basisonderwijs' worden recente theorieën over kindermishandeling en seksueel geweld besproken. Centraal staan de basisschoolleerlingen, kinderen van 4-12 jaar. Hoofdstuk 2 gaat in op de achtergronden van kindermishandeling. Hoofdstuk 3 besteedt apart aandacht aan de achtergronden van seksueel misbruik van kinderen. Hoe de school kan bijdragen aan de preventie van kindermishandeling wordt besproken in hoofdstuk 4. Signalering en opvang van kindermishandeling door de school komen in hoofdstuk 5 ter sprake.

De publicatie kan worden besteld bij het Trimbos-instituut, tel. 030 - 297 11 00 (bestelcode LOP-reeks 19). De prijs bedraagt f. 22,50 (incl. verzendkosten).

Wegwijzer Psychosociale Hulpverlening aan Allochtonen

De 'Wegwijzer Psychosociale Hulpverlening aan Allochtonen' geeft een overzicht van een 150-tal hulpverleners en instellingen die direct of indirect betrokken zijn bij de hulpverlening en die zich beschikbaar hebben gesteld voor verwijzing en consultatie.

De Wegwijzer is bedoeld voor een ieder die in aanraking komt met allochtonen met psychosociale en psychische problemen. Dat kunnen huisartsen, maatschappelijk werkers en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg zijn. Maar het overzicht kan ook een belangrijke verwijzing betekenen voor anderen, bijvoorbeeld juristen of leerkrachten die te maken krijgen met deze problematiek bij allochtone cliënten en leerlingen.

De Wegwijzer is een publicatie

van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Het is een geheel herziene versie van de 'Wegwijzer psychosociale hulpverlening aan migranten' die in 1985 en 1989 (herziene uitgave) is uitgebracht door het toenmalige Bureau Voorlichting Gezondheidszorg buitenlanders (BVGB) te Bunnik. In 1996 is het BVGB opgegaan in het NIGZ te Woerden.

De informatie is zowel als boekwerk (bestelcode ZO 97304) als op diskette (bestelcode ZO 97305) verkrijgbaar. De prijs voor elk van beide is f. 30,- (exclusief verzendkosten). Te bestellen bij het NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden (tel. 0348 - 43 76 06; fax 0348 - 43 76 66).

Aangifte infectieziekten

Op pag. 32 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). 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 tweede kwartaal 1998.

Van de 4 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten liepen 3 de besmetting op in resp. Bangladesh,

Suriname en Egypte. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend.

Er werden 34 hepatitis A-patiënten aangegeven. Veel besmettingen werden opgelopen via school.

Huisartsen is per brief gevraagd een geval van hepatitis A zo snel mogelijk te melden. Bij vroege melding kan de GGD effectiever maatregelen nemen om ziekte bij en verspreiding via huisgenoten te voorkomen, bijvoorbeeld door het geven van gamma-globuline.

Van de 3 gemelde hepatitis B-patiënten werden 2 besmet via seksuele contacten. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend.

Van de 3 aangegeven malaria-patiënten hadden 2 de besmetting *Plasmodium falciparum* opgelopen in resp. Nigeria en Suriname. Beiden bleken geen malaria-profylaxe te hebben genomen. De besmetting met *Plasmodium ovale* werd tijdens een vakantie van meer dan twee jaar geleden in Tanzania opgelopen. Patiënt had alle profylaxe genomen.

Van de gemelde meningococcosis-patiënt kregen de familieleden profylaxe met antibiotica.

Er werd 1 ornithosis-patiënt gemeld. Hierover werd de Veterinaire Inspectie geïnformeerd.

Van de 24 gemelde pertussis-patiënten bleken de meeste kinderen volledig gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. Enkele kinderen bleken om medische redenen niet gevaccineerd. De meeste besmettingen waren school-gerelateerd.

Na melding door een dermatoloog

van een patiënt met Noors schurft (een uiterst besmettelijke vorm van schurft) binnen een instelling is door de GGD intensief een bron- en contactopsporing verricht. Zeker 75 mensen zijn naar aanleiding daarvan behandeld. Verspreiding van de schurft kwam zeer vaak voor binnen het gezin.

Bij de 6 gemelde voedselinfectie-patiënten bleef ondanks uitgebreid onderzoek de bron onbekend.

Gehoord of Gelezen

Percentage rokers in Nederland

In 1997 daalde het percentage volwassen rokers van 35% naar 33%. Deze daling deed zich zowel voor bij mannen (39% naar 37%) als bij vrouwen (32% naar 30%). Daarmee is het percentage rokers onder volwassenen weer terug naar het niveau van 1994. Ook in 1988 en 1989 werd een percentage van 33% gemeten. Het lijkt dus of het percentage niet wil zakken onder de 33%.

De ontwikkeling van het roken onder jongeren van 10-19 jaar is min of meer vergelijkbaar. Er was in 1997 een daling te zien van 31% naar 29%. Deze daling werd vooral veroorzaakt door de jongens. Bij de meisjes was het percentage rokers onveranderd. Het percentage wilde niet zakken beneden een niveau van ca. 28%. Sinds 1992, toen deze metingen begonnen, is het niveau nog nauwelijks lager geweest dan nu. Deze resultaten laten dus geen

duidelijke trend naar beneden zien.

De doelstelling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is een vermindering van 20% van het roken in de komende kabinetsperiode, zodat in 2002 het percentage van 28% wordt bereikt.

(Uit: Jaarverslag 1997 van de Stichting Volksgezondheid en Roken Stivoro.)

Symposium

Zicht op *Meer Bewegen*

Het tweede nationale congres van Nederland in Beweging 'Zicht op *Meer Bewegen*' zal gehouden worden op 27 november 1998 van 9.30-17.00 uur in het Nationaal Sport Centrum Papendal te Arnhem. De organisatie berust bij NOC*NSF Nederland in Beweging. De kosten bedragen f. 125,-- voor dagprogramma, incl. lunch en congresmap en f. 175,-- voor dag- en avondprogramma, incl. lunch, diner en congresmap.

Informatie en inschrijving: Verpalen en partners, tel. 0343 - 53 18 98; fax 0343 - 51 31 41.

Aan deze rubriek werkten mee:

A.H.J.M. Cremers;

Mw. A.N.J. van Erp;

P.C. Giordano (Hemoglobinopathieën Laboratorium Leids Universitair Medisch Centrum);

H.L. Haak (Zkh. Leyenburg);

W. Huisman (Medisch Centrum Haaglanden, loc. Westeinde Zkh.);

B.J.C. Middelkoop;

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

korte berichten

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1998 1e kw	1998 2e kw	1998 3e kw	1998 4e kw	1997 t/m 2e kw	1998 t/m 2e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	9	1			11	10
		morbilli (B)						
		(atyp.) pertussis (B)**	43	24			106	67
		rubella (B)	7					7
		tuberculosis (B)	19	17			57	36
		parotitis epidemica (C)						
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	10	8			25	18
		syfilis prim./sec. (C)	3	1			11	4
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	4	3			15	7
		HIV-infectie/Aids (1)***	1				4	1
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	66	34			70	100
		dysenteria bacillaris (B)(3)	3	4			11	7
huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	48	25			52	73	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)		1			2	1
		Q-koorts (B)(5)						
	insectenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4	3			5	7
		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	6			8	19
		febris typhoidea (A)						
		paratyfus B (B)						
	botulisme (B)(7)							
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)							
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal			229	127			373	356

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

* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

** samenvoeging pertussis en atypische pertussis

*** niet aangifteplichtig, bekend bij GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddegoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

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

(7) ook wondbesmetting