



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

STIOM: feiten, ervaringen en verwachtingen na vijf jaar

epidemiologie

Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift: achtergrond en opzet
Alcohol-, druggebruik en probleemgedrag onder jongeren:
een inventarisatie in Den Haag

korte berichten

*jaargang 35, 2000
nummer 1*

Colofon

Maart 2000
35ste jaargang nr. 1

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;
mw. C.J. Kruijthof, Medisch Centrum Haaglanden,
locatie Westeinde Ziekenhuis;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.
mr. H.R. Lingen, Dienst OCW Den Haag;
B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;
dr. H.G.J. Nijhuis, arts (hoofdredacteur),
Dienst OCW Den Haag;
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
GGD Den Haag.
m.m.v. 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: i.burger@ocw.denhaag.nl

Druk/Lay out/Fotografie

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 vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Volksgezondheid	
• De Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM): feiten, ervaringen en verwachtingen na vijf jaar <i>Dew Baboeram</i>	2
Epidemiologie	
• Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift: achtergrond en opzet <i>V.M. Hendriks, W. van den Brink, P. Blanken en J.M. van Ree</i>	13
• Alcohol-, druggebruik en probleemgedrag onder jongeren: een inventarisatie in Den Haag <i>Mw. I. Burger, P.E. Brommet en V.M. Hendriks</i>	20
Korte berichten	27

Redactioneel

Bij dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin treft u een informatiebrochure aan over 'Mensenwerk' in Den Haag. Het is de eerste keer, dat u een 'bijsluiter' aantreft bij het bulletin. De brochure verdient aandacht en heeft een relatie met de inhoud van dit bulletin. 'Mensenwerk' is het devies voor het Sociaal-Educatief Masterplan van de gemeente Den Haag.

'Mensenwerk' omvat een uitgebreide verzameling initiatieven die erop gericht zijn om de ontplooiingsmogelijkheden van 'kansarme' Hagenaars te verbeteren. Het gaat bijvoorbeeld over betere opvoedings-, scholings- en ontwikkelingsmogelijkheden van jeugdigen. Ook worden er in 'Mensenwerk' projecten uitgevoerd voor werklozen, voor nieuwkomers, voor sociaal zwakkeren en ouderen. Deze gebundelde aandacht voor de 'sociale kwaliteit' van het leven in Den Haag is hard nodig. Tot voor kort bestond de aandacht voor problematiek in grote steden vooral in het teken van de stadsvernieuwing en economische ontwikkeling (de fysieke en economische pijler). Met de investeringen, die in 'Mensenwerk' worden gedaan komt er ook geconcentreerde aandacht voor de 'sociale pijler': de Vaillantlaan in Den Haag ziet er nu heel mooi uit, maar nu moet het ook nog goed worden om daar te leven, op te groeien, te recreëren en te werken.

In dit bulletin wordt uitvoerig aandacht besteed aan de betekenis van de Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM). De projecten die onder auspiciën van deze organisatie worden uitgevoerd hebben relatie met de doelen van 'Mensenwerk'. Men is erop gericht om mensen meer zelfstandigheid te geven voor het in stand houden van hun gezondheid, om meer samenhang aan te brengen in onze verkokerde zorg, om de gezondheidszorg weer aantrekkelijk te maken voor de mensen die erin werken. Het gaat ook hier om de verbreding van de aandacht voor gezondheid: niet alleen medische zorg, maar zorg voor bijvoorbeeld de gezondheid van jeugdigen door vanuit de zorg samen te werken in opvoedingssituaties, met maatschappelijk werk en met scholen. Dergelijke investeringen van 'mensenwerk', waarbij de mens centraal wordt gesteld, geven op den duur een veel groter rendement dan de eenzijdige inzet van aandacht en middelen op de curatie van problemen en ziekten.

Op 1 december jl. werd ter gelegenheid van het eerste lustrum van de STIOM een landelijke conferentie georganiseerd: 'Het product mens'. Bij die gelegenheid stelde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers, dat ze graag zou zien dat Den Haag een proeftuin zou worden voor de ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg. Voor vraagstukken als wachtlijsten, de verkokering, efficiëntie en toegankelijkheid in de zorg en het tekort aan en de 'burn out' onder hulpverleners zijn de antwoorden niet meer vanachter het bureau te bedenken. De antwoorden zijn vooral te vinden via praktische vernieuwingsprojecten, waaruit lering wordt getrokken en waaraan de nodige consequenties worden verbonden qua werkwijzen, besturing en financiering.

De serieuze uitnodiging van mevrouw Borst op 1 december kwam niet uit de lucht vallen. Ze gaf aan dat er in Den Haag goede mogelijkheden voor een proeftuin aanwezig zijn. Ze verwijst op de eerste plaats naar de STIOM's, die - als de financiering met partners in de stad rond komt - ook in de stadsdelen Segbroek, Laak en Escamp operationeel worden. Maar ze heeft daarbij ook organisaties als de Stichting Transmurale zorg en de vele vernieuwingsprojecten voor ogen en het enthousiasme van werkers en bestuurders om hierin te investeren. De initiatieven van 'Mensenwerk' - gericht op 'het product mens' - kunnen, ook in het kader van de zorg voor de gezondheid, daarbij een belangrijke rol gaan spelen.

Den Haag heeft met deze uitnodiging van de minister een interessante kans. Op de eerste plaats om de zorg in de stad zelf te verbeteren, maar ook om een toonaangevende rol te spelen in de discussie over waar we met de maatschappelijke gezondheidszorg in de grote steden, anno 2000, naar toe willen.

De Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM)

Feiten, ervaringen en verwachtingen na vijf jaar

Dew Baboeram

Den Haag heeft de afgelopen vijf jaar kennis gemaakt met een nieuwe werkvorm op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg. De Stichting ter Ondersteuning van de gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM) in stadsdeel Centrum heeft hulpverleners in de extramurale zorg georganiseerd om zo tot een samenhangender aanpak te komen. Hulpverleners en beleidsmakers vinden STIOM een groot succes, maar de relatie met mammoetinstellingen als ziekenhuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en verzekeraars is nog onwennig. Die zijn immers vrijwel volledig gefocussed op hun 'corebusiness': curatie. Terwijl bij de STIOM preventie, en de relatie tussen zorg en welzijn, juist zo belangrijk is.

Achterstandswijken in de grote steden lijken broei- nesten van problemen te zijn. In vergelijking met andere wijken is er hoge werkloosheid, veel criminaliteit, meer drugoverlast en gecompliceerde culturele verhoudingen. Maar achterstandswijken zijn ook centra voor innovatie op sociaal, cultureel en economisch gebied. Den Haag heeft de afgelopen vijf jaar kennis gemaakt met een nieuw fenomeen op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg. De Stichting ter Ondersteuning van de gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM) in stadsdeel Centrum heeft hulpverleners in de extramurale zorg georganiseerd om een meer

samenhangende aanpak te realiseren op het terrein van zorg en welzijn, teneinde antwoorden te vinden op problemen in de achterstandswijken.

Dit artikel geeft een overzicht van de ontstaanswijze, de organisatie, de ervaringen en de betekenissen van deze aanpak. Er wordt gebruik gemaakt van interviews met mensen die werkzaam zijn in de intra- en extramurale zorg dan wel in het welzijnswerk. Het betreft beleidsmakers en professionals die in dit veld werken. De interviews zijn afgenomen in de periode augustus-oktober 1999. Daarnaast is in beperkte mate gebruik gemaakt van boeken, brochures en artikelen over het onderwerp en over de relatie tussen zorg en welzijn.

Het volledige rapport over de ervaringen van STIOM is gepubliceerd in het boek 'Vijf jaar STIOM: ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn' (zie kader op pagina 12). Naar aanleiding van het vijfjarig bestaan van de STIOM organiseerden het gemeentelijke bureau Public Health en het stichtingsbestuur op 1 december 1999 een conferentie onder de titel 'het product mens'.

In dit artikel zal gebruik worden gemaakt van (citatens) van de lezingen van mevrouw E. Borst-Eilers (minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), van mevrouw J. Klijsma (wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie, Den Haag), van mevrouw T.G.M. van der Maat (projectleider van de STIOM) en van de heer W.J. Deetman (burgemeester van Den Haag).

Over de auteur:

Dew Baboeram, onderzoeksbureau Amrit Consultancy, auteur van het boek 'Vijf jaar STIOM: ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn'.

Waarom de STIOM?

De gezondheidssituatie in achterstandswijken als de Schildersbuurt, het Transvaalkwartier en de Stationsbuurt in het stadsdeel Centrum wijkt in negatieve zin af van de situatie in de welgestelde wijken van Den Haag. De levensverwachting is vijf jaar lager en gemiddeld leeft men er twaalf jaar langer in slechte gezondheid (1)(2).

In de achterstandswijken hebben hulpverleners meer te maken met psychosociale problemen, psychosomatische klachten, parasuïcide, diabetes mellitus, tuberculose, druggebruik en problemen met het maag-darmkanaal en de luchtwegen, bloedarmoede en een gebrek aan vitamine A-D (3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12). Fysiotherapeuten in deze wijken melden veel klachten aan het bewegingsapparaat (13). De hulpverleners leggen een verband tussen deze gepresenteerde problematiek en de maatschappelijke achterstand in deze wijken.

Dit is in belangrijke mate terug te voeren op de sociaal-economische problemen en de vraagstukken die samengaan met de ontwikkeling van een multiculturele samenleving. In het stadsdeel Centrum is bijna 80% van de bevolking van niet-westerse komaf (14). Hun integratie in de Nederlandse samenleving verloopt bij de meesten niet zonder problemen.

De bewoners van de achterstandswijken kennen een hoge consumptie van zorg. Veel mensen gaan vaak naar de dokter (3). Deze hoge consumptie is niet toe te schrijven aan de leeftijdsopbouw van de wijken. Ze hebben juist een jonge populatie. Angst en onzekerheid is een belangrijke oorzaak voor de hoge consumptie. Een wrat, hoest of longontsteking kan in de landen van herkomst betekenen dat de patiënt ernstig ziek is. In Nederland is dat doorgaans niet het geval. Sommige symptomen, bijvoorbeeld witte vlekken, worden geassocieerd met gevaarlijke ziekten, zoals lepra. Angst en onzekerheid zitten dus diep gegrift in het bewustzijn, vooral als het om kinderen gaat.

Er heerst ook angst om, als gevolg van gezondheidsklachten, een inkomen te verliezen. Iemand, die vijftien jaar in de tuinbouwkassen heeft gewerkt, kan doorstroming naar een andere baan wel vergeten, zeker als zijn taalvaardigheid gering is. Een bewegingsklacht is daardoor veel bedreigender.

Een andere oorzaak, die met de eerste samenhangt, is het gebrek aan kennis over ziekten en over het eigen lichaam, waardoor de stap naar de dokter gauw is gemaakt.

Tenslotte is de houding ten aanzien van gezondheid ook oorzaak van de hoge consumptie. In de achterstandswijken is die vaak passief. Met name allochtonen verwachten van een hulpverlener dat deze hem of haar geneest met pilletjes en instrumenten. Dat komt bijvoorbeeld heel duidelijk tot uiting bij fysiotherapie, waar in de regel van de patiënt zelf wordt verwacht te oefenen.

Complicaties van een multiculturele bevolking op de zorg komen ook tot uitdrukking in de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Veel allochtone patiënten kunnen niet goed in het Nederlands communiceren met hulpverleners en omgekeerd. Het communicatieprobleem is vaak groter dan het taalprobleem (15). Niet-westerlingen denken vaak vanuit andere begrippenkaders en verwachtingspatronen. Het lijkt ook niet te verbeteren doordat zij die het Nederlands inmiddels beheersen vaak uit de wijk trekken en allochtonen die in hun plaats komen zich het Nederlands nog eigen moeten maken. Het nakomen van afspraken blijkt soms lastig te zijn. De klachtenpresentatie is bij allochtonen veel dramatischer. De klachten worden sterk aangezet. De middelen om ze te bestrijden worden hoog ingezet. Cliënten willen al gauw dat de hulpverleners röntgenfoto's en scans laten maken.

Het ontstaan

De reguliere zorg bleek in de jaren tachtig geen afdoende antwoord te hebben op de cumulatie van sociale, economische, culturele, medische en psychologische problemen in de achterstandswijken. In de periode dat de centrumwijken in Den Haag veranderden van blanke arbeidersbuurten in een multiculturele smeltkroes werd juist het medisch curatieve deel van de zorg sterk ontwikkeld. De genezing van patiënten is sterk verbeterd. De kennis en technologie wordt goed ingezet, maar de geneeskunde kan niet voorkomen dat mensen ziek worden.

Instellingen voor thuiszorg en voor geestelijke gezondheid passen moderne technieken en organisa-

tiemodellen toe om hun diensten zo goed mogelijk te kunnen aanbieden. Maar ze kunnen niet verhinderen - stimuleren misschien zelfs wel - dat mensen afhankelijker worden van de hulpverlening om goed te kunnen leven. Daarnaast hebben concentratie en centralisatie in de zorg geleid tot het ontstaan van mammoetinstellingen.

In de extramurale zorg werken vooral veel kleine zelfstandigen: artsen, fysiotherapeuten en verloskundigen. Zij worden in de achterstandswijken geconfronteerd met problemen die in essentie moeten worden opgelost door meer aandacht te geven aan preventie en aan de samenhang tussen zorg en leefomgeving. De verkokering en de grootschaligheid van instellingen hindert een adequate aanpak voor deze belangrijke aspecten.

Begin jaren negentig startte de Gemeente een serie gesprekken op bestuurlijk niveau over de noodzaak van zorgvernieuwing in Den Haag. Zo ontstond de Stedelijke Projectgroep Zorgvernieuwing Den Haag, waarin naast de Gemeente ook de plaatselijke zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de zorgvragers zitting hadden. Naar voren kwam dat er behoefte was aan een multidisciplinaire samenwerking op wijkniveau: clusters van extramurale werkers die gezamenlijk antwoorden formuleren op de complexe zorgvraag in hun gebied. De hulpverleners wilden, dat er een 'ontwikkelingsbureautje' in het leven werd geroepen, dat hen zou kunnen ondersteunen bij het uitwerken van deze multidisciplinaire werkplaatsen en het ontwikkelen van vraag gestuurde zorgvernieuwingprojecten. Voor de projectgroep was dit aanleiding om in februari 1994 de STIOM op te richten.

De taken

STIOM is een stichting met een bestuur en een klein werkapparaat. Het heeft een budget van f 150.000, net genoeg voor een klein kantoor en een formatie van 28 uur. Het werkt met een platform van hulpverleners en beleidsmakers, die niet alleen overleggen en ervaring uitwisselen, maar ook samenwerken in projecten. STIOM initieert, begeleidt, ondersteunt of coördineert projecten. Ook de signaleringsfunctie van STIOM is erg belangrijk.

De coördinatie is gericht op het bevorderen van samenwerking en samenhang op het grensvlak van zorg en welzijn. Het is niet alleen een kwestie van het bij elkaar brengen van mensen en instellingen,

maar ook het samen ontwikkelen van een visie op de samenhang tussen zorg en welzijn.

Het werkapparaat zorgt ervoor dat informatie wordt doorgespeeld aan het netwerk, ideeën over projecten worden verzameld en dat de mensen die iets tot stand moeten brengen, met elkaar in contact worden gebracht. Het stimuleert samenwerking tussen hulpverleners uit verschillende disciplines en daardoor de samenhang tussen de werkvelden.

STIOM betreft de hulpverleners in het volgen en becommentariëren van het overheidsbeleid. De gemeentelijke beleidsnota 'Op uw gezondheid' is geagendeerd geweest op de platformvergaderingen. Voor het eerst bogen huisartsen zich samen met sociaal- raadslieden, welzijnswerkers en imams over een gemeentelijke gezondheidsnota. Daaruit kwam een reactie voort met kritieken, suggesties en aanbevelingen die voor een deel ook zijn overgenomen. Het overheidsbeleid krijgt nu feedback vanuit de basis en beide partijen zijn tevreden met het proces en de resultaten. Daardoor is STIOM ook een bron voor beleidsontwikkeling geworden.

STIOM geeft algemene ondersteuning aan hulpverleners. Veel hulpverleners in de extramurale zorg hebben een solopraktijk. Via STIOM komen ze in contact met ontwikkelingen in hun buurt op het terrein van zorg in de brede zin (buiten hun vakgebied). Het is een klankbord waar ze inhoudelijk praten over hun vak in relatie tot de maatschappelijke gezondheidszorg.

Huisartsen hebben een sterke beroepsvereniging (de District Huisartsen Vereniging). Dat geldt niet zozeer voor fysiotherapeuten en verloskundigen. Het is belangrijk dat ook deze hulpverleners beter als collectief aanspreekbaar zijn. STIOM ondersteunt hen daarbij met praktische adviezen en pleitbezorging naar buiten. Hulpverleners die gewend zijn om als eenling te opereren, zijn sterk gericht op hun interne functioneren. Ze zullen niet gauw uit zichzelf in de publiciteit treden.

STIOM zorgt voor publiciteit door hulpverleners te stimuleren om met hun wensen en ideeën naar buiten te treden. Publiciteit betekent aandacht voor hun problemen en hun zorgen.

Het belangrijkste is het onderhouden van contacten met instellingen, beleidsmakers en beslissers. STIOM legt de contacten om de punten van hulpverleners onder de aandacht te brengen.

De projecten

De kracht van STIOM ligt in de projecten waarbij ze betrokken is. Deze zijn het resultaat van ideeën uit het netwerk van hulpverleners, beleidsmakers en zorginstellingen. STIOM heeft in de afgelopen vijf jaar heel wat projecten helpen opzetten. De volgende selectie geeft een goede illustratie van de werkzaamheden.

Praktijkverpleegkundige

Een praktijkverpleegkundige is een verpleegkundige die werkt in een huisartsenpraktijk. Bij de eerste experimenten met de praktijkverpleegkundige heeft STIOM een belangrijke rol gespeeld. Officieel zijn de verpleegkundigen in dienst van Thuiszorg Den Haag, maar de huisarts is hun inhoudelijk werkgever. Ze worden voornamelijk ingezet voor chronische ziekten, met name diabetes mellitus en CARA (astma en ademhalingsstoornissen). Bij deze ziekten bestaat de zorg uit regelmatige controles die moeten worden uitgevoerd: goed gebruik van de medicijnen, voorlichting geven over gezond leven en dergelijke. Dit kost de huisarts veel tijd en die tijd heeft hij vaak niet. Een praktijkverpleegkundige assisteert de huisarts een dagdeel of langer om hem te ondersteunen bij de behandeling van chronisch zieken.

In andere steden in Nederland is de functie van de praktijkverpleegkundige inmiddels ook geïmplementeerd. Den Haag loopt voorop in deze ontwikkeling, en vervult een voorbeeldfunctie.

Migrantenvoorlichting in de eerstelijns

De afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding van de GGD leidt onder andere Turken en Marokkanen (mannen én vrouwen) op voor het geven van voorlichting in de eigen taal. Tot voor kort werden deze mensen alleen ingezet op ad hoc-basis (in buurthuizen, op scholen, bij verenigingen). Onder andere van huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers kwam de vraag naar voren deze mensen méér structureel in te zetten en als intermediair te gebruiken tussen hun patiënten en zichzelf. De hulpverleners hebben vaak het gevoel dat allochtone patiënten in het Nederlands niet alles zeggen wat ze op hun hart hebben, nog los van hun beheersing van het Nederlands.

De migrantenvoorlichters worden nu ingezet in de praktijk van deze eerstelijns-hulpverleners. Dat kan

zowel in groepsverband als op individueel niveau. De huisarts brengt de voorlichter in contact met zijn patiënt. De voorlichter praat met de patiënt en koppelt terug aan de huisarts. Dit project draait sinds 1996.

Medisch spreekuur dak- en thuislozen

Dak- en thuislozen vermijden over het algemeen alle vormen van zorg en hulp. Het merendeel is verslaafd aan alcohol of drugs; velen hebben psychiatrische problemen en/of chronische somatische aandoeningen zoals CARA en diabetes. Bij hun huisarts komen ze niet maar ze komen wel op voor hen vertrouwde plekken als het Leger des Heils, de Kessler-Stichting en de soepbus. In 1997 heeft de STIOM een initiërende rol gespeeld bij het huisartsensprekuur in opvangvoorzieningen. Daar gingen de huisartsen gewoon zitten. De hulpverleners van onder andere het Leger des Heils namen mensen die zorg nodig hadden mee naar het kamertje waar de huisarts zat. Door de behandelingen bouwden de huisartsen een vertrouwensband op met deze mensen. Vier huisartsen doen nu mee aan dit spreekuur.

Koppelhulpverlening RIAGG/AMW

De verkokering in de gezondheidszorg leidt er regelmatig toe dat mensen met ingewikkelde problemen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Met name allochtonen overkomt dit vaak. Huisartsen klagen dan ook dat ze met deze mensen nergens heen kunnen. De RIAGG en het maatschappelijk werk hebben op initiatief van de huisartsen en de STIOM een groep allochtonen gedefinieerd met een complexe hulpvraag. Voor deze groep gaat de RIAGG samen met het maatschappelijk werk de hulp verzorgen. Ze worden samen verantwoordelijk voor een goede hulp en kunnen niet meer naar elkaar doorverwijzen. Het project draait sinds 1997.

Samenwerking gezondheidszorg-welzijnswerk

In de achterstandswijken is de samenwerking met het welzijnswerk heel belangrijk. Soms is het effect van een bewegingscursus - waarnaar door de huisarts wordt verwezen (een recept waarmee de patiënt naar de sportleraar gaat) - groter dan een pilletje. De samenwerking tussen sportleraar en huisarts leidt dan tot een verbetering van de zorg aan deze patiënten. Ditzelfde geldt voor fysiotherapie. In de afgelo-

pen jaren zijn met name op het terrein van 'beweging/sport' veel activiteiten opgezet.

Ook vindt samenwerking plaats op het gebied van de voorlichting. Buurthuizen, zelforganisaties en scholen organiseren samen met hulpverleners voorlichtingsbijeenkomsten over 'gezond leven', voeding, kinderziekten, opvoedingsproblemen, en dergelijke.

Huisartsenoverleg

Huisartsen werken vaak solistisch en hebben weinig structureel overleg met collega's over de inhoud van hun werk. Toch is die behoefte er omdat ze in dezelfde wijk werken en tegen dezelfde problemen aanlopen.

STIOM heeft daarom in 1998 een tweemaandelijks overleg opgezet met geïnteresseerde huisartsen in het stadsdeel Centrum. De onderwerpen die tot dusverre aan de orde zijn geweest: armoede en gezondheidszorg (medicijnen worden niet meer gekocht), de samenwerking met het ziekenhuis, de samenwerking met de RIAGG, beter overleg met de consultatiebureaus, het gezamenlijk aanstellen van tolken, gezamenlijke afspraken over voorschrijven van medicijnen, enzovoort.

Overleg Transvaalkwartier

STIOM heeft in samenwerking met huisartsen in het Transvaalkwartier, Parnassia psycho-medisch centrum en het maatschappelijk werk een tweemaandelijks overleg opgezet waarbij patiënten met ingewikkelde problemen gezamenlijk worden besproken. Dit vergroot de deskundigheid van alle betrokkenen en voorkomt dat patiënten tussen 'wal en schip' vallen. Het overleg is in 1998 gestart.

De thuisdokter

De veelvuldige consulten voor weinig ernstige zaken waar vooral huisartsen mee te maken hebben, kunnen met goede informatie aan patiënten worden teruggebracht. STIOM organiseerde vijftien bijeenkomsten tussen huisartsen en bewoners uit de wijk. De artsen gaven daarin aan dat de patiënten zelf meer kunnen doen. De bewoners zeiden: leer ons dan hoe we dingen zelf kunnen doen.

In de Bommelerwaard in Zuid-Holland was er reeds een project dat materiaal had ontwikkeld voor dit soort 'zelf-zorg'. Het materiaal is bewerkt en in verschillende talen vertaald. Het is toegesneden op laagopgeleide bewoners. Het is een boekje over de twaalf meest voorkomende klachten waarvoor mensen naar de dokter gaan: diarree, griep, hoesten, hoofdpijn,

keelpijn, kinderziekten, koorts bij kinderen, maagklachten, oorpijn bij kinderen, rugklachten, slapeloosheid en stress.

Illegalen en gezondheidszorg

Van oudsher was er altijd een kleine groep hulpverleners die onverzekerde illegalen gratis hielp. De groep illegalen is in de loop der jaren behoorlijk gegroeid. STIOM heeft het initiatief genomen om een netwerk van hulpverleners te organiseren die regelmatig met illegalen te maken kregen (huisartsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers, thuiszorg, ziekenhuizen, RIAGG, maatschappelijk werk). Daar werden afspraken mee gemaakt om te voorkomen dat mensen voor een gesloten deur kwamen te staan. Er werd een lijst opgesteld van hulpverleners die illegalen wilden helpen. Die lijst werd op strategische plekken verspreid. Er werden doorverwijzingsafspraken gemaakt tussen huisartsen, ziekenhuizen en dergelijke, om te voorkomen dat illegalen tussen wal en schip zouden vallen. Vanuit het netwerk wordt ook geld aangevraagd bij de landelijke Stichting Koppeling om de extra inzet van de hulpverleners te compenseren.

Ouderen en eenzaamheid

Ouderen blijven langer zelfstandig wonen, maar zijn daarbij vaak heel afhankelijk van hun omgeving. En die omgeving heeft meestal géén tijd voor hen. Inmiddels doet deze ontwikkeling zich ook onder migrantenouderen voor. In 1999 is er bij wijze van experiment in de Schilderswijk een 'contactpunt ouderen' opgezet. Dit contactpunt verzamelt alle signalen over eenzame ouderen en geeft die door aan hulpverleners, wijkbewoners, zelforganisaties van migranten, vrijwilligers, politie, woningbouwverenigingen, kerken, enzovoort. Vervolgens schakelt dit contactpunt ook hulpverleners of vrijwilligers in om die eenzaamheid te verminderen.

Vroeger voelde niemand zich verantwoordelijk voor eenzaamheid. Nu is er wel iemand die de eindverantwoordelijke is voor de aanpak van eenzaamheid.

Training interculturele communicatie voor huisartsen

Sommige huisartsen signaleren dat ondanks jarenlange relaties de communicatie met hun patiënten niet naar tevredenheid verloopt. Samen met de GGD, een actieve huisarts en een landelijke organisatie is in Den Haag een cursus ontwikkeld, speciaal voor huisartsen. Een twintigtal huisartsen heeft deze tweedaagse cursus gevolgd over interculturele com-

municatie in de gezondheidszorg, met name tussen huisartsen en niet-Nederlands-sprekende patiënten. De cursus was gericht op kennis over culturen, maar in het bijzonder ook op de houding van de arts naar de patiënt toe. Iets wat men gauw over het hoofd ziet en waar zeker culturele verschillen in zitten. De cursus wordt nu landelijk aangeboden.

Experiment psychosociale zorg migranten 'Nieuwe sporen'

De geestelijke gezondheidszorg erkent dat de hulpvragen bij allochtonen heel complex zijn en dat ze vaak pas veel te laat professionele hulp zoeken. Wanneer de problematiek vanuit een specialisme wordt benaderd is de zorg niet in staat een totaalantwoord te geven. Men verwijst al gauw naar een ander. Mensen verliezen dan vertrouwen. STIOM heeft een werkconferentie over dit thema georganiseerd met professionele hulpverleners en sleutelfiguren - waaronder religieuze leiders - uit verschillende Haagse migrantengemeenschappen.



mevrouw T.G.M. van der Maat

Een vijftiental sleutelfiguren krijgt nu via trainingen en gesprekken inzicht in het professionele aanbod. Ze herkennen sneller de problematiek van de leden van hun achterban en kunnen beter op hun noden en behoeften inspelen, door ze zo nodig sneller en gericht door te verwijzen. De hulpverleners, aan de andere kant, leren via deze contacten welke problemen er werkelijk spelen. De zwakte in de hulpverlening wordt sneller blootgelegd.

>>

De meerwaarde

Het vijfjarig bestaan van de STIOM vormde een goede aanleiding om op 1 december 1999 een werkconferentie te organiseren over de motieven, de aanpak en de meerwaarde van de STIOM-aanpak. Over deze aspecten hebben onder andere de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie van Den Haag, de burgemeester van Den Haag en de projectleider van de STIOM zich uitgesproken. Hieronder volgen enkele saillante uitspraken, die 'the heart of the matter' raken.

De minister - die de titel van de werkconferentie 'een beetje negatief' vond - ziet als bestuurder wel een spanningsveld tussen een betaalbaar systeem van gezondheidszorg en voldoende aandacht voor de leefwereld van mensen, maar die hoeft er volgens haar eigenlijk niet te zijn. "Ik heb de laatste jaren onder meer gewerkt aan het vergroten van de doelmatigheid en dat was hier en daar hard nodig. Die doelmatigheid is op vele punten ook bereikt. Maar dat wil nog niet zeggen dat daarmee mensen als 'producten' worden beschouwd - ik zou haast zeggen integendeel. In de zorg staat de patiënt juist steeds meer centraal. De zorg wordt patiëntgericht georganiseerd. De patiëntenorganisaties hebben een niet meer weg te denken rol geclaimd én gekregen. En ziekenhuizen beschouwen zichzelf als 'maat-

schappelijke ondernemingen'. Ik zou de stelling dus graag willen omkeren: mensgericht werken kan juist heel doelmatig zijn. Een patiënt bijvoorbeeld die goed geïnformeerd is over de aard van zijn ziekte en zelf heeft gekozen voor een bepaalde behandeling, is gemotiveerd medicijnen te slikken en zich aan een dieet te houden. Als hij of zij op één dag een aantal onderzoeken achter elkaar kan ondergaan in plaats van op verschillende dagen, is dat niet alleen prettig voor haar of hem, maar ook voor de wachtlijst van het ziekenhuis. Een sterk voorbeeld in dit verband vind ik het zogenoemde 'belevingsgerichte werken' in diverse verpleeghuizen. Daar wordt de zorg rond de bewoners in kleine groepen georganiseerd, gericht op ervaringen van mensen en uitgaande van wat ze nog kunnen. De werkdruk en het ziekteverzuim onder het personeel nemen daardoor af, terwijl de kwaliteit van zorg beter wordt.

Kortom: ik zie de mens niet als een product van of in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt juist steeds mensgericht - en daarmee doelmatiger."

De STIOM-benadering gaat ervan uit dat daadwerkelijk herstel alleen kan plaatsvinden vanuit een 'bottom-up'-benadering. De minister onderschrijft het belang van een lokale insteek bij de ontwikkeling van een zorgbeleid en stelt dat zij de gemeenten hard nodig heeft. "Gemeenten zijn (...) in staat om

relaties te leggen met zaken die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden om de toegang tot gezondheid te verbeteren. Denk aan volkshuisvesting, verkeersveiligheid, welzijnsbeleid en onderwijs. (...). Ik merk dat (...) steeds meer enthousiasme komt bij gemeenten voor de volksgezondheid. Zo lopen veel gemeenten al vooruit op de verplichting om een gezondheidsnota te maken. (...)"

Het beleid van *wethouder Klijnsma* sluit aan bij deze benadering. Ze kent de



mevrouw E. Borst-Eilers

Gemeente een belangrijke rol toe in de gezondheidszorg. “Ik ben van mening, dat het karakter van de volksgezondheid in de grote stad een bredere bemoeienis vraagt van de gemeentelijke overheid met gezondheid en ook de reguliere zorg. In Den Haag noemen we deze bemoeienis ‘maatschappelijke gezondheidszorg’ of ‘public health’. In mijn jongste gezondheidsnota ‘Op uw gezondheid’ zijn onze gemeentelijke ideeën en plannen op dit terrein aan de orde gesteld en uitgewerkt. We verstaan hieronder het verbeteren van de ‘sociale kwaliteit’ van de zorg en van de leefomgeving van mensen.

De STIOM heeft voor het gemeentebestuur twee belangrijke betekenissen,” legt mevrouw Klijsma uit. “Complexe problemen worden rondom de STIOM vanuit de praktijk daadwerkelijk aangepakt. Niet door er eindeloos over te praten, maar door wat te doen: effectief, planmatig en met moderne methoden. (...) Opmerkelijk is - en dat vind ik zeer wezenlijk - dat het succes (...) wordt uitgesproken in termen van het welzijn van de hulpverleners zelf. Laten we niet vergeten dat de werkdruk niet zelden zo hoog oploopt dat vertrek uit de centrumwijken of burn out het gevolg zijn. De STIOM verzamelt belangrijke signalen en inzichten uit de praktijk en geeft deze ook door aan bestuurlijke niveau’s. Het vormt dus ook een belangrijke schakelfunctie tussen bestuur en praktijk. De STIOM-ervaringen hebben mede als bron gefunctioneerd voor onze gemeentelijke nota ‘Op uw gezondheid’. Doordat in het stadsdeel Centrum in experimenten werd gewerkt aan de overbelasting in de huisartsenpraktijk (onder andere door de praktijkverpleegkundige) heeft dit onderdeel van de extramurale gezondheidszorg een plek gekregen in mijn beleid. Doordat er een project is opgezet gericht op geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen en eenzaamheid van ouderen hadden we voldoende ervaring met deze thema’s om ze tot beleidsprioriteiten van de Gemeente te kunnen maken.

Voor mij als bestuurder is dit een belangrijk punt. Ik hecht er zeer aan dat de praktijk bepalend wordt voor het bestuurlijke doen en laten.

Maar dat is in deze tijd gemakkelijker gezegd dan gedaan. Bij het opzetten van nieuwe STIOM’s in andere stadsdelen zal aandacht moeten worden geschonken aan het draagvlak bij hulpverleners. De kans van slagen of mislukking hangt hiermee samen. Het experiment STIOM Centrum wordt door de gemeente Den Haag gezien als een succes. Daarom is het een beleidsprioriteit en wordt eraan gewerkt om deze aanpak ook in de stadsdelen Segbroek, Laak en Escamp te realiseren. Het gemeentebestuur heeft hiervoor ook structureel geld uitgetrokken. De bedoeling is om de STIOM’s onder te brengen bij een stedelijke stichting. Zodoende komt in er in Den Haag een praktisch georiënteerd netwerk tot stand, dat initiatieven van zorgvernieuwing en gezondheidsbevordering kan realiseren en van daaruit de gemeentelijke en regionale bestuurlijke besluitvorming kan voeden.”

Ook het punt van samenhang en samenwerking werd uitvoerig belicht. STIOM is meer dan een verzameling zorgaanbieders en projecten. Ze brengt voortdurend zorgaanbieders, zorgvragers, ontwikkelingen en antwoorden met elkaar in verband. *Mevrouw Van der Maat* legt uit wat dat betekent. “Dat betekent allereerst samenhang. Het begrip samenhang staat in alle activiteiten centraal. Met samenhang bedoel ik iets anders dan samenwerking. Samenwerking is iets tussen aanbieders. Die samenwerking moet er zeker zijn, maar garandeert nog geen samenhang. Samenhang gaat volgens mij uit van de betrokkene, van de patiënt of de hulpvrager. Er kan



mevrouw J. Klijsma

worden gesproken van samenhang in de zorg wanneer de hulpvrager het allemaal nog kan overzien en daarbij ook nog een beetje het gevoel heeft het zelf in handen te hebben. Een perfect georganiseerde opeenstapeling van producten kan de samenhang in een leven toch behoorlijk zoek maken.

STIOM betreft bewoners bij het zoeken naar nieuwe antwoorden. Dat is niet makkelijk, toch is het de enige manier om zicht te krijgen op wat er werkelijk leeft en op wat er werkelijk nodig is. STIOM is een bron van informatie. Problemen op de werkvloer worden structureel verzameld én vertaald naar het bestuurlijk niveau. Knelpunten, tendensen en ontwikkelingen uit de praktijk krijgen een stem en worden in een groter verband geplaatst.

STIOM is pleitbezorger. Zij zorgt voor de belangenbehartiging van bewoners, werkers en voorzieningen richting lokale en landelijke politiek: de afgelopen jaren zijn er vele werkbezoeken voor Kamerleden, Commissies Volksgezondheid en bestuurders in het stadsdeel georganiseerd.

STIOM is een aanspreekpunt. Zij is in staat om de extramuraal zorg - een veld waarop een grote diversiteit aan spelers actief is - op stadsdeelniveau te bundelen en in samenhang te brengen met de intramuraal en transmurale zorg. STIOM werkt aan het moreel van de werkers. Zij brengt mensen uit verschillende disciplines en organisaties met elkaar in contact. Daardoor roept het bij velen inmiddels het gevoel op 'er niet meer alleen voor te staan'.

En: STIOM is een leerschool. Alle activiteiten en projecten worden stelselmatig met elkaar in verband gebracht. Zij leiden daarom tot een nieuwe wijze van kijken en een nieuwe wijze van doen."

Burgemeester Deetman koppelt het grote-stedenbeleid aan twee andere ontwikkelingen: de processen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke gezondheidszorg als kruispunt van zorg- en welzijnsvoorzieningen. "Wachtlijsten van ziekenhuizen, van verpleeghuizen, van specialisten zijn toch niet alleen maar met geld te verkleinen," constateert hij. "Ze zijn eveneens gevolgen van de stedelijke pro-



de heer W.J. Deetman

blematiek. En om aan die problematiek te werken, behoeven we toch punten van oriëntatie om nieuwe wegen in te slaan? In deze nieuwe visie zal er een synthese tot stand moeten komen tussen de welzijnspleidooien uit de jaren zeventig en de no-nonsense benadering uit de jaren tachtig. (...) Dit betekent niet dat effectiviteit, efficiëntie en oriëntatie op concrete producten verkeerd zou zijn, integendeel. Maar verkeerd lijkt me het eenzijdig accent op deze thema's, waardoor het kind zelf met het badwater wordt weggegooid."

De minister stimuleert een dergelijk verband ook vanuit het rijk: "In het grote-stedenbeleid krijgt die verbinding tussen sectoren veel aandacht. Maar ook in het zogenaamde 'Lemstra-traject' - dat ik heb ingezet op basis van het advies van de commissie Lemstra - stimuleer ik de gemeenten om gezondheidsbeleid te formuleren (...). Mijn ambitie voor het jaar 2000 is om de lokale activiteiten op het terrein van de volksgezondheid en die van het Rijk nog meer te gaan verbinden. Dat kan door net als in de

curatieve sector meerjarenafspraken te gaan maken. Het Platform Openbare Gezondheidszorg werkt dit idee momenteel uit.”

De gemeente Den Haag en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werken momenteel aan de voorbereiding van een Haagse ‘proeftuin voor de volksgezondheid’. Die heeft als doelstelling om de verbindingen aan te brengen tussen zorg, welzijn en gezondheid en met name ook om die inzichtelijk te maken voor derden.

Mevrouw Borst: “Zo’n proeftuin zou ‘ons van het Rijk’ zeer behulpzaam kunnen zijn bij het verwerven van inzicht over hoe praktische, bestuurlijke en financiële zaken nu precies werken op lokaal niveau. Als die proeftuin dezelfde concrete en doelgerichte werkwijze gaat hebben als de STIOM, dan verwacht ik daar veel van. Als een tuin in het voorjaar goed tot bloei moet komen moet je de bollen op tijd poten. Wat mij betreft gaat die proeftuin snel van start. De bollen moeten nu de grond in.”

De minister geeft haar visie op de ervaringen in Den Haag. Ze omschrijft STIOM als een organisatie en een werkwijze die wat haar betreft navolging verdient. Mevrouw Borst: “Vernieuwing vanaf de basis, bij hulpverleners en cliënten, luisteren naar mensen en daarna concreet en praktisch aan de slag, dat is wat mij aanspreekt. Ik vind het plezierig om te vernemen dat dit concept ook in andere wijken van Den Haag beproefd zal worden. Ik zie in het Haagse ook een enthousiaste wethouder - voor wie volksgezond-

heid veel meer is dan een klusje in een hoekje van haar portefeuille. Er is een gemeentelijke gezondheidsnota die duidelijke taal spreekt. Ik zie een ‘bureau Public Health’ als vooruitgeschoven post van de gemeente. Een GGD die met een eigen directeur weer een eigen gezicht heeft. Ik zie een Meerjarig Ontwikkelings Programma met een stevige sociale pijler. Kortom: ik zie tal van goede ontwikkelingen in deze stad.”

Ook in andere steden wordt gezocht naar succesvolle gebiedsgerichte werkorganisaties, vergelijkbaar met de STIOM. *Wethouder Klijnsma* wil de Haagse ervaringen in een breder kader stellen. “We praten over ontwikkelingstrajecten, die in praktische, bestuurlijke en financieel-technische zin complex zijn. Het gaat over problemen, waarop noch het Rijk, noch verzekeraars, noch aanbieders, noch lokale overheden zomaar het antwoord weten. In Den Haag hebben we er sterk behoefte aan om met andere steden onderzoek op te zetten en leerprocessen te organiseren om beter te begrijpen hoe het beter kan. Ook in andere steden bestaat deze behoefte. Ik wil dan ook de minister in overweging geven om een initiatief te ontplooiën, dat leidt tot de opzet van een landelijk netwerk voor expertiseontwikkeling met betrekking tot gebiedsgerichte schakels à la de STIOM. Een dergelijk initiatief verdient een plek op de kaart van het Volksgezondheidsbeleid, het care-beleid, het sociale beleid en last but not least het grote-stedenbeleid.”



Het algemene gevoel na vijf jaar bij de deelnemers aan het STIOM-netwerk is dat STIOM zeker heeft opgeleverd wat men ervan verwacht heeft. De projecten zijn een antwoord op de praktische problemen waarmee hulpverleners te kampen hebben in de achterstandswijken. De extramurale hulpverleners hebben zich via de STIOM georganiseerd om gezamenlijk te opereren in het stadsdeel Centrum. STIOM wordt door hulpverleners en beleidsmakers gezien als een groot succes.

Maar de relatie tussen STIOM

en instellingen als ziekenhuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en zorgverzekeraars moet nog verder worden uitgekristalliseerd. Deze instellingen onderkennen in meer of mindere mate het nut van de projecten waarbij STIOM is betrokken. Ook zien ze in STIOM een partij die lokaal samenwerking en samenhang brengt in het werk van extramurale hulpverleners en sociale instellingen. Ze functioneren echter onder een enorme financiële druk die ertoe leidt dat ze hun core business (zorgproducten) zo efficiënt mogelijk draaiende moeten houden. De logica van dit proces leidt ertoe dat onderwerpen als samenhang, toegankelijkheid, zorg en welzijn en preventie nauwelijks aandacht krijgen. Daardoor is er een zeker spanningsveld tussen het werk van STIOM (preventiegericht en de organisatie van extramurale werkers en lokale sociale instituties) en die van de instellingen (accent op productgerichtheid). En hoewel mevrouw Borst in haar beschouwing stelt dat die spanning niet hoeft te bestaan, is de praktijk nog wel dat er een brug moet worden geslagen tussen cure, care en preventie, tussen grootschalige op efficiëntie gerichte organisaties en een kleinschalige organisatie die hulpverleners en hun cliënten bijeen tracht te brengen in nieuwe, voor beide partijen bevredigende werkwijzen.

Citaten ontleend aan de lezingen van:

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Haagse zorgvernieuwing als inspiratiebron.

Mevrouw J. Klijnsmas, wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie, Den Haag: De STIOM als instrument voor maatschappelijke gezondheidszorg in Den Haag.

Mevrouw T.G.M. van der Maat, projectleider STIOM: Werken aan maatschappelijke gezondheidszorg.

W.J. Deetman, burgemeester van Den Haag: Toespraak bij de afsluiting van het lustrumcongres STIOM op 1 december 1999.

Literatuur:

1. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr. 4: 3-16.
2. Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen? Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 1: 19-33.
3. Dalen LM van. Ervaringen met psychische en psycho-sociale problematiek van allochtonen. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 2/3: 14-29.
4. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst, Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
5. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers: verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 2: 5-11.
6. Hombergh J van den, Kuyvenhoven JV, Brands F. De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 1: 6-8.
7. Onderzoekscommissie MORE. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg. Eindrapportage. Den Haag, december 1997.
8. Avezaat JJM. Gezondheidsproblemen van migranten: ulcus pepticum bij jonge mannen. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr. 3: 7-10.
9. Jong GM de. Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1986: ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr). *Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr. 2: 10-2.
10. Jong GM de. Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1986: ferroprive anaemie bij kinderen (0-10 jr). *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr. 2: 29-31.
11. Werkgroep 'IJzer en Surinaamse voeding'. Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1989: ijzerstatus en voeding: oriënterend voedingsonderzoek bij Surinaamse kinderen in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 2: 22-6.
12. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong GM de. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiol Bul Grav* 1982; 17 nr. 3: 7-15.
13. Haas M de, Visser-Bree H. 'Kijk in de wijk': het dagboek van een fysiotherapeut in de Stationsbuurt en in het Statenkwartier. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 3: 16-20.
14. Bron: Dienst Burgerzaken, Den Haag.
15. May RF, Middelkoop BJC. Introductie: 'Elke ontmoeting met een cliënt is een ontmoetingsreis'. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 2/3: 2-7.

Overig geraadpleegde literatuur:

- Van der Maesen LGJ, Nijhuis HGJ. Het stadsdeel Centrum in Den Haag: een vertrekpunt voor antwoorden op nieuwe uitdagingen? *Epidemiol Bul Grav* 1992, 27 nr. 2: 3-13.
- Van der Maesen LGJ. Het project 'Centrum': over communicatie en visies. *Epidemiol Bul Grav* 1992, 27 nr. 4: 25-32.
- Maat TGM van der. Het project 'Centrum': een nieuw initiatief van start. *Epidemiol Bul Grav* 1994, 29 nr. 2: 25-8.
- Maat TGM van der. Armoede en gezondheid: De Vaste Kamercommissie Volksgezondheid bezoekt de centrumwijken van Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997, 32 nr. 1: 18-21.
- Maat TGM van der, Falke PTLA en Doorn JW van. Medischspreekuur voor dak- en thuislozen: over het bestaansrecht van een bijzondere grootstedelijke voorziening. *Epidemiol Bul Grav* 1997, 32 nr. 4: 5-10.

Het boek 'Vijf jaar STIOM: ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn' is verkrijgbaar bij de boekhandel. Den Haag: Amrit Consultancy, 1999. ISBN: 90-74897-37-4. Prijs f. 15,-.

Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift

Achtergrond en opzet

V.M. Hendriks, W. van den Brink, P. Blanken en J.M. van Ree

Exacte gegevens ontbreken, maar redelijke schattingen wijzen uit dat Nederland 24.000 tot 26.000 heroïneverslaafden telt. De Gezondheidsraad bracht vijf jaar geleden advies uit over de verstrekking van heroïne aan 'uitgeprocedeerde' verslaafden op medisch voorschrift. Daarin werd ook voorgesteld een studie te doen naar effectiviteit en schadelijkheid van heroïneverstrekking aan verslaafden die niet reageren op bestaande medicamenteuze interventies. Het onderzoek is in Amsterdam en Rotterdam begonnen en uit een evaluatie van het eerste stadium van het onderzoek daar blijkt dat er geen onoverkomelijke problemen zijn ontstaan als het gaat om medisch veiligheid en openbare orde. Het onderzoek wordt nu uitgebreid met een 'Haags deel'. Een beschrijving van de achtergrond en de opzet van het onderzoek.

In Den Haag wordt binnenkort begonnen met de selectie van kandidaten voor het 'Haagse deel' van de landelijke studie naar de effectiviteit van heroïne op medisch voorschrift. Het onderzoek wordt in Den Haag vormgegeven door het Circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum, de Gemeente en zorgkantoor Haaglanden. De uitvoering van het onderzoek ligt in handen van het Parnassia Addiction Research Centre (PARC) en het Circuit Verslavingszorg. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond en de onderzoeksopzet van dit multicenter onderzoek.

Hoewel exacte cijfers, vanwege het illegale karakter van heroïnegebruik, ontbreken, wordt geschat dat er momenteel 24.000-26.000 heroïneverslaafden in Nederland zijn. Uit de beschikbare informatie over de Nederlandse situatie met betrekking tot de behandeling van heroïneverslaafden komt naar voren dat 70-80% van hen op enig moment in contact is met een hulpverleningsprogramma (1)(2). Van deze groep heeft het merendeel (ongeveer 70%) contact met uitsluitend een methadon onderhoudsprogramma; de resterende 30% neemt deel aan een op abstinentie gerichte behandeling.

Uit een in 1988 uitgevoerd onderzoek blijkt dat een minderheid (36%; N=4.500) van de verslaafden in de methadon onderhoudsprogramma's door de hulpverlening als geïntegreerd en goed functionerend werd beschouwd. Regelmatig bij gebruik van illegale middelen kwam bij 40% (N=5.000) van de cliënten voor, terwijl 24% (N=3.000) door de hulpverlening als extreem problematisch werd beschouwd (3).

Deze situatie is anno 1999-2000 niet wezenlijk anders (4). Ook uit recentere studies komt naar voren dat veel cliënten van methadonprogramma's zeer regelmatig illegale middelen (waaronder vooral heroïne en/of cocaïne) bij gebruiken (4).

Aanvullende behandelmogelijkheden

In het vorige Epidemiologisch Bulletin werd het onderzoek naar de effectiviteit van ultrasnelle detoxificatie onder anesthesie ('afkicken onder narcose') beschreven (5). Dat onderzoek is uitdrukkelijk gericht op verslaafden die gemotiveerd zijn om

Over de auteurs:

dr. V.M. Hendriks, psycholoog, hoofd van het Parnassia Addiction Research Centre, Parnassia psycho-medisch centrum in Den Haag en senior onderzoeker bij de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; prof. dr. W. van den Brink, arts-epidemioloog, hoogleraar Klinische Epidemiologie Verslavingszorg bij de Universiteit van Amsterdam, directeur van het Amsterdam Institute for Addiction Research en directeur Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden; P. Blanken, psycholoog, onderzoeker bij de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden en prof. dr. J.M. van Ree, farmacoloog, hoogleraar Psychofarmacologie bij het Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen van de Universiteit Utrecht en voorzitter van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.

te stoppen met hun druggebruik. Om tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de ongeveer achtduizend heroïneverslaafden in Nederland, die niet willen of kunnen stoppen met hun gebruik en bij wie ondanks regelmatige deelname aan een methadon onderhoudsprogramma of andere behandelvormen onvoldoende kan worden gesproken van stabilisatie of verbetering, zijn eveneens aanvullende vormen van behandeling nodig.

In dit kader hebben in de jaren tachtig en negentig op beperkte schaal - en alleen in Amsterdam - experimenten plaatsgevonden met intraveneuze morfine (6), intraveneuze methadon en orale dextromoramide (Palfium) (7). Vanwege de geringe aantallen deelnemende patiënten, alsmede het ontbreken van een gecontroleerde onderzoeksopzet, kon geen eenduidig antwoord worden verkregen op de vraag naar de effectiviteit van deze interventies, hoewel in elk van de projecten gunstige resultaten werden gerapporteerd. Recentelijk is in Nederland een gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van het voorschrijven van hoge doseringen methadon (>85 mg/dag) gestart. Omdat veel verslaafden in Nederland een verhoging van de methadondosis afwijzen, houdt deze benadering echter het risico in dat de uitval uit de behandeling toeneemt. Tot de aanvang van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift

bestond in Nederland geen ervaring met het voorschrijven van heroïne.

Ervaringen met heroïne op medisch voorschrift

In diverse andere landen is wel ervaring opgedaan met het voorschrijven van heroïne. In Groot-Brittannië werd in de jaren zeventig een gecontroleerde studie uitgevoerd naar de effectiviteit van behandeling van heroïneverslaafden met injecteerbare heroïne, vergeleken met orale methadon (8). Dit onderzoek bevatte weinig deelnemers (N=96), die allen hun heroïne injecteerden. Het onderzoek werd bovendien verricht in een periode dat de heroïne epidemie zich in een eerdere fase bevond en methadonbehandeling een relatief nieuwe behandelvorm was. De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek was dat noch de behandeling met heroïne, noch de behandeling met methadon overtuigend als meest effectieve behandelvorm naar voren kwam. In de heroïneconditie was de uitval gering en verbeterde het functioneren van veel deelnemers. In de methadonconditie was de uitval hoger, verbeterde het functioneren van een kleinere groep, maar was het percentage abstinenteren bij follow-up hoger.

Sinds de beginjaren tachtig worden in het Merseyside Project in Widnes aan drugverslaafden diverse middelen, waaronder heroïne, voorgeschre-

Tabel 1

Veranderingen in situatie deelnemers Zwitserse studie. Zürich, 1994 - 1996.

Situatie	Aanvang	12 mnd.	18 mnd.
	%	%	%
(Bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne	81	5	6
(Bijna) dagelijks gebruik van cocaïne	29	4	5
(Bijna) dagelijks gebruik van benzodiazepines	19	16	9
Regelmatige contacten met andere drugsverslaafden	40	17	18
Aanzienlijke schulden (>5.000 Sf)	58	48	43
Financiële ondersteuning (overheid of particulier)	53	57	48
Illegale inkomsten (zelfrapportage)	50	7	5
Semi-legale inkomsten (incl. prostitutie; zelfrapportage)	49	6	6
Slechte lichamelijke gezondheid	21	-	14
Slechte psychische status	36	-	18
Werkeloos	44	17	20
Bevredigende, stabiele huisvesting	57	76	79
Werkend (fulltime of parttime vaste aanstelling)	14	31	32

ven. Wetenschappelijke evaluatie van de effecten van heroïneverstrekking voor de betrokken verslaafden en voor hun omgeving heeft echter nooit plaatsgevonden. Het belangrijkste punt van kritiek op de door de psychiater John Marks geclaimde successen in het Merseyside Project is dat alleen geselecteerde resultaten van cohortstudies zonder controlegroep beschikbaar zijn (9). Ook gaat het om zeer kleine aantallen verslaafden aan wie heroïne wordt voorgeschreven.

In 1994 begon in Zwitserland een grootschalig onderzoek naar het effect van het voorschrijven van verschillende opiaten, waaronder injecteerbare en inhaleerbare heroïne, aan heroïneverslaafden. In het eindrapport van Uchtenhagen et al. (10) wordt beschreven, dat van de 1.035 verslaafden die vanaf 1 januari 1994 tot 1 juli 1996 aan het Zwitserse project begonnen, 89% nog in behandeling was na zes maanden, 75% na twaalf maanden en 66% na achttien maanden. Bij degenen die ten minste achttien maanden in de behandeling bleven, kon op veel terreinen ten tijde van de follow-up metingen (twaalf en achttien maanden) worden gesproken van aanzienlijke verbeteringen ten opzichte van de situatie bij aanvang van de behandeling, zoals blijkt uit tabel 1 (10).

Het Zwitserse experiment heeft aangetoond dat het op medische indicatie voorschrijven van heroïne haalbaar en veilig is en in combinatie met adequate psychosociale ondersteuning kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van de medische, psychiatrische en sociale conditie van ernstig disfunctionerende opiaatverslaafden. Vanuit wetenschappelijk oogpunt zijn er echter belangrijke beperkingen in het Zwitserse onderzoek. De in het eindrapport beschreven resultaten zijn vrijwel uitsluitend gebaseerd op een vergelijking van de cliënt-status vóór en na de behandeling, zonder gebruikmaking van een (gerandomiseerde) controlegroep (10). De experimentele behandeling in de Zwitserse studie naar de effecten van het voorschrijven van heroïne bestaat bovendien uit twee componenten die bij alle patiënten gecombineerd aanwezig waren: het voorschrijven van heroïne en (verplichte) deelname aan counseling in combinatie met een royaal aanbod van psychosociale ondersteuning (waaronder begeleiding met betrekking tot huisvesting, arbeid en geldbeheer). Het is hierdoor onmogelijk om een eenduidige conclusie te trekken over de effecten van de afzonderlijke componenten in de experimentele behandeling,

met name wat betreft de specifieke bijdrage van het op medische indicatie voorschrijven van heroïne. Ten slotte kunnen op grond van de zeer geringe biologische beschikbaarheid van heroïne bij het roken van de in Zwitserland toegepaste heroïnesigaretten (10-12%) (11) geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van behandeling met inhaleerbare heroïne op medisch voorschrift. Omdat in Nederland het merendeel (80-85%) van de heroïneverslaafden de heroïne rookt ('chinezen') en niet injecteert, is evaluatie van een behandeling met een inhaleerbare vorm van heroïne in Nederland juist uiterst relevant.

Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift in Nederland

In 1995 bracht de Gezondheidsraad een deeladvies uit aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), waarin werd voorgesteld in Nederland een medisch-wetenschappelijk onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit en schadelijkheid van het voorschrijven van heroïne aan ernstige heroïneverslaafden die niet of nauwelijks reageren op de thans ter beschikking staande medicamenteuze interventies (12).

In dit deeladvies benadrukte de Gezondheidsraad het medische kader van het advies. Indien de behandeling tot doel heeft de medische situatie van de patiënt te verbeteren, hetzij door middel van genezing (in principe het primaire doel), hetzij door middel van vermindering van de symptomen en/of verzachting van het lijden en als uitgangspunt heeft de patiënt niet te schaden, kan het voorschrijven van heroïne door een arts in het kader van de behandeling van een verslaafde volgens de Gezondheidsraad als goed medisch handelen worden beschouwd (12).

Mede naar aanleiding van dit advies installeerde de Minister van VWS in december 1996 de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH), met als taak het onderzoek te ontwikkelen en uit te voeren. Het onderzoeksprotocol (13)(14) werd - na goedkeuring door de Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek (KEMO) - in augustus 1997 aangeboden aan de Minister van VWS en in september 1997 ging de Tweede Kamer akkoord met de start van een eerste fase van het onderzoek, waarbij aan een beperkte groep patiënten in Amsterdam en Rotterdam heroïne zou worden voorgeschreven. In februari 1999, na een positieve evaluatie van de medische veiligheid en

Tabel 2

Inclusie- en exclusiecriteria van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift in Nederland.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ol style="list-style-type: none"> Therapieresistentie, blijkend uit: <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 5 jaar heroïneafhankelijk (DSM-IV); - methadon dagdosis ≥ 50 mg (rokende verslaafden) of ≥ 60 mg (injecterende verslaafden) gedurende ten minste 4 weken in voorafgaande 5 jaar; - ≥ 30 (driedaags methadonprogramma) of ≥ 50 (vijfdaagse methadonprogramma) contacten met methadonprogramma in voorafgaande halfjaar; - (bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne; - slechte lichamelijke en/of geestelijke gezondheid en/of slecht sociaal functioneren. De heroïne wordt voornamelijk gerookt of gespoten. Leeftijd ten minste 25 jaar. Nederlandse nationaliteit of legaal in Nederland. ≥ 3 jaar geregistreerd als inwoner van deelnemende gemeente. Persoon is bereid (schriftelijk informed consent) en in staat aan het onderzoek deel te nemen (o.a. ten minste 3 keer per week behandelunit bezoeken). 	<ol style="list-style-type: none"> Ernstige medische, psychiatrische of sociale problemen die contra-indicatie vormen voor deelname aan het onderzoek. Ernstige medische, psychiatrische of sociale problemen die uitvoering van het onderzoek kunnen belemmeren. Geschiedenis van agressief gedrag, blijkend uit herhaalde verwijdering uit methadonprogramma('s). Zwanger of blijvend borstvoeding gevend. Niet in staat of bereid regelmatig naar de behandelunit te komen (metingen; heroïne). Korte levensverwachting (d.w.z. korter dan de onderzoeksperiode). Heroïneverslaving is ondergeschikt aan niet opiaatverslaving, waardoor deelname niet relevant. ≥ 2 maanden vrijwillig heroïneabstinent in voorafgaande jaar. Vereiste methadondosis > 150 mg per dag. Vereiste heroïnedosis > 1000 mg per dag. Deelname aan andere studie m.b.t. verslaving. Nederlandse taal niet machtig.

openbare orde aspecten van het onderzoek, ging de Tweede Kamer akkoord met continuering van het onderzoek in Amsterdam en Rotterdam, alsmede uitbreiding van het onderzoek naar de gemeenten Den Haag, Groningen, Heerlen en Utrecht.

Doelgroep en selectiecriteria

De doelgroep van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift in Nederland bestaat uit chronische verslaafden aan heroïne die eerder zonder succes hebben deelgenomen aan één of meer methadon onderhoudsbehandelingen ('therapieresistent'). Van therapieresistentie wordt gesproken indien een verslaafde, ondanks frequente deelname aan een methadonprogramma, waarin gedurende voldoende tijd een adequate methadondosis werd voorgeschreven,

nog zeer regelmatig illegale heroïne gebruikt en in een slechte lichamelijke, geestelijke of sociale toestand verkeert.

Om deze doelgroep te kunnen identificeren, wordt voorafgaand aan het onderzoek in het registratiesysteem van het methadonprogramma in de deelnemende gemeenten nagegaan welke personen in eerste instantie lijken te voldoen aan de eerder vermelde omschrijving van de doelgroep. Deze zogenaamde bronpopulatie vormt het uitgangspunt voor de verdere selectie. Bij de personen in de bronpopulatie wordt vervolgens in de kwalificatieperiode van het onderzoek door middel van uitgebreide metingen nagegaan of men voldoet aan alle selectiecriteria (zie tabel 2).

Onderzoeksdesign

Het onderzoek bestaat uit twee parallelle studies: één met injecteerbare heroïne en één met inhaleerbare heroïne. Gedurende een kwalificatieperiode van maximaal twee maanden wordt - op grond van de heroïne-toedieningswijze van de persoon en diens gezondheidstoestand - bepaald of de deelnemer voor het protocol met (intraveneus) injecteerbare dan wel inhaleerbare heroïne in aanmerking komt. In het rookprotocol worden drie behandelgroepen onderscheiden. In het spuitprotocol is, vanwege het in Nederland geringe aantal spuitende heroïneverslaafden, sprake van twee behandelgroepen (14) (zie schema 1).

Aan het einde van de kwalificatieperiode worden de deelnemers die nog steeds aan de selectiecriteria voldoen en van wie definitief (schriftelijk) informed consent is verkregen, gerandomiseerd naar één van de drie (protocol inhaleerbare heroïne: N=375) of twee (protocol injecteerbare heroïne: N=250) behandelgroepen in het onderzoek.

Deelnemers in *groep A* krijgen na randomisatie gedurende twaalf maanden alleen methadon verstrekt. Vervolgens hebben ze de mogelijkheid gedurende zes maanden heroïne in combinatie met methadon voorgeschreven te krijgen.

In *groep B* wordt gedurende twaalf maanden gecombineerd heroïne en methadon voorgeschreven. Hierna wordt de behandeling met heroïne gestaakt en is voor de deelnemers de meest toepasselijke zorg beschikbaar, met uitzondering van heroïne op medisch voorschrift.

In *groep C* (alleen van toepassing in het protocol naar inhaleerbare heroïne) krijgen de deelnemers eerst gedurende zes maanden alleen methadon en vervolgens gedurende zes maanden heroïne in combinatie met methadon voorgeschreven. Evenals in groep B wordt de heroïnebehandeling vervolgens gestaakt en is de meest toepasselijke zorg, exclusief heroïne op medisch voorschrift, beschikbaar.

Bij alle deelnemers wordt de behandeling met heroïne dus na zes (groep A en groep C) of twaalf maanden

Schema 1

Opzet van het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift in Nederland.

	Aantal Landelijk	Kwalificatie 4-8 weken	Fase IIa 6 mnd.	Fase IIb 6 mnd.	Fase III 6 mnd.
Studie 1: Inhaleerbare heroïne					
Groep A	135	methadon	methadon	methadon	methadon + heroïne
Groep B	115	methadon	methadon + heroïne	methadon + heroïne	meest toepasselijke zorg ^{a)}
Groep C	125	methadon	methadon	methadon + heroïne	meest toepasselijke zorg ^{a)}
Studie 2: Injecteerbare heroïne					
Groep A	135	methadon	methadon	methadon	methadon + heroïne
Groep B	115	methadon	methadon + heroïne	methadon + heroïne	meest toepasselijk zorg ^{a)}

^{a)} Met uitzondering van heroïne op medisch voorschrift; twee maanden na het staken van de behandeling met heroïne kan deze behandeling onder bepaalde voorwaarden bij individuele deelnemers op medische indicatie worden herstart.

den (groep B) gestaakt. Na het staken van de heroïnebehandeling bestaat onder bepaalde voorwaarden de mogelijkheid dat de behandeling met heroïne wordt herstart op individuele, medische indicatie. Voor deelnemers bij wie na de behandelperiode met heroïne - volgens landelijke criteria die zijn ontwikkeld door de CCBH - geen verbetering is opgetreden, bestaat geen medische rationale de behandeling met heroïne voort te zetten of te herstarten.

Evenmin is er een medische reden voor het herstarten van de behandeling bij deelnemers die baat hebben bij de behandeling met heroïne en na het staken van de behandeling niet aanzienlijk verslechteren. Alleen bij deelnemers die baat hebben bij de heroïnebehandeling ('responders') en vervolgens, na het staken van de behandeling, aantoonbaar en aanzienlijk verslechteren, bestaat de mogelijkheid de behandeling met heroïne op medische en individuele indicatie te herstarten.

De primaire onderzoeksvraag in de studie betreft de effectiviteit van de gecombineerde behandeling met heroïne en methadon gedurende twaalf maanden, vergeleken met die met alleen methadon. Hiertoe wordt het percentage responders aan het einde van fase IIb (zie schema 1) vergeleken tussen groep A en groep B. Secundaire vragen betreffen onder andere een vergelijking van de effectiviteit van de heroïnebehandeling na zes en twaalf maanden en een evaluatie van het effect van beëindiging van de heroïnebehandeling. In het onderzoek is sprake van respons indien de gezondheidstoestand (somatisch; psychisch) en/of het sociale functioneren van de deelnemer na twaalf maanden ten minste 40% is verbeterd ten opzichte van de situatie bij aanvang van het onderzoek. De verbeteringen op (één van) deze leefgebieden mogen bovendien niet gepaard gaan met een aanzienlijke toename van het illegale druggebruik. In het onderzoek wordt de gecombineerde behandeling met heroïne en methadon effectiever beschouwd dan de behandeling met alleen methadon indien het percentage responders in de experimentele conditie ten minste 20% hoger is dan in de controleconditie.

In het onderzoek worden tweemaandelijks metingen verricht. Omdat blinde of dubbelblinde uitvoering van de studie - gezien de aard van de medicatie - niet mogelijk is, moet alles in het werk worden gesteld om informatiebias te voorkomen. Daarom worden de metingen in het onderzoek uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers en wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten en evaluatieprocedures. Ter wille van het verkrijgen van gestandaardiseerde gegevens worden de onderzoekers die de metingen verrichten, uitgebreid getraind in de afname van de vragenlijsten en interviews. Ter verificatie van de zelfrapportagegegevens over het alcohol- en druggebruik en de criminaliteit worden respectievelijk urine-analyses verricht en worden politie- en justitiedossiers geanalyseerd en met de opgegeven gegevens vergeleken.

Het onderzoek is om verschillende redenen opgezet als multicity studie. Op grond van de statistische power analyse is vastgesteld dat ongeveer 625 deelnemers in het onderzoek nodig zijn om effect (ten minste 20% verschil in percentage responders) aan te kunnen tonen^{a)}. Gezien het aantal verslaafden per gemeente zou een te groot beroep worden gedaan op de lokale populatie verslaafden als het onderzoek in slechts één gemeente zou worden uitgevoerd. Een te groot aantal deelnemers per locatie dient ook te worden vermeden uit het oogpunt van beheersbaarheid en het risico van overlast. Een bijkomend voordeel van uitvoering als multicity studie is dat hiermee informatie wordt verkregen over de haalbaarheid van de behandeling met heroïne op medisch voorschrift in verschillende steden.

De behandeling

Gedurende de periode dat heroïne wordt voorgeschreven is de heroïne drie keer per dag en zeven dagen van de week beschikbaar voor de deelnemer. Deelnemers zijn echter niet verplicht hier elke keer gebruik van te maken. Sommigen geven er misschien de voorkeur aan bijvoorbeeld de middagverstreking over te slaan. Als een deelnemer een volle

^{a)} Bij het vaststellen van de steekproefomvang is - naast het verschil in percentage responders tussen de groepen - uitgegaan van een vergelijking van twee groepen, een tweezijdige toetsing, een alpha van .05 en een power (1-beta) van .80. De statistische analyse die voor het bepalen van de effectiviteit zal worden uitgevoerd, is een intent-to-treat analyse. In deze analyse bestaat de onderzoekspopulatie uit alle personen die kennis hebben genomen van de uitslag van randomisatie.

^{b)} Voor de evaluatie van ernstige bijwerkingen en andere medische veiligheidsaspecten is de Landelijke Veiligheidscommissie geïnstalleerd en voor de evaluatie van aspecten op het gebied van de openbare orde en veiligheid de Landelijke Commissie Beheersaspecten. De bevindingen van beide commissies ten aanzien van het eerste stadium van het onderzoek werden aan zowel de CCBH als de minister van VWS gerapporteerd.

dag of langer geen heroïne verstrekt heeft gekregen, wordt - vanwege het gevaar op overdosering door verlies van tolerantie - de dosis heroïne bij de eerstvolgende verstrekking in overleg met de arts verminderd en vervolgens weer opgebouwd. In het onderzoek is de maximum methadondosis 150 mg per dag (75 cc) en de maximum heroïnedosis 1000 mg per dag. Per verstrekking is de maximum heroïnedosis 400 mg.

In het onderzoek kan worden overgegaan van injecteerbare heroïne naar inhaleerbare heroïne. De deelnemer moet dan wel ten minste twee weken in de rookgroep blijven voordat hij weer terug kan gaan naar de spuitbare heroïne. Deelnemers die vanaf het begin in het onderzoek rookbare heroïne kregen, kunnen - in verband met de grotere gezondheidsrisico's van het injecteren van drugs - niet overstappen naar de groep met spuitbare heroïne.

De voorgeschreven heroïne dient onder toezicht van de behandelstaf in de behandelunit te worden gebruikt. Het gebruik van andere middelen dan de voorgeschreven heroïne en/of methadon is in de behandelunit niet toegestaan. In elk van de onderzoeksgroepen (A, B en C) bestaat er een, naast de medicamenteuze behandeling, qua aard en omvang vergelijkbaar aanbod van psychosociale hulpverlening.

Eerste ervaringen

Uit een evaluatie van het eerste stadium van het onderzoek in Amsterdam en Rotterdam door zowel de CCBH als twee onafhankelijke - in het kader van dit onderzoek ingestelde - landelijke commissies^{b)} is gebleken dat het medisch verstrekken van heroïne niet leidt tot ernstige onoverkomelijke problemen op het gebied van de medische veiligheid en de openbare orde. Sinds de start van het onderzoek in 1998 zijn in Amsterdam en Rotterdam gezamenlijk inmiddels ongeveer tweehonderd personen toebedeeld aan een onderzoeksgroep. Voorafgaand aan het onderzoek waren er vragen over de bereidheid van deelnemers zich te laten randomiseren in een onderzoek waarin één van de behandelcondities (de gecombineerde behandeling met heroïne en metha-

don) waarschijnlijk als verreweg het meest aantrekkelijk zou worden ervaren. Bij de gerandomiseerde toewijzing van de deelnemers hebben zich echter geen problemen voorgedaan. Tevens is de opkomst bij de metingen hoog: gemiddeld wordt ruim 80% van alle tweemaandelijks metingen gerealiseerd en bij de belangrijke meting aan het einde van fase IIb (zie schema 1) is de opkomst zelfs rond de 95%. De CCBH verwacht de resultaten van het onderzoek eind 2001 te kunnen rapporteren.

Literatuur:

1. Schreuder RF, Broex VMF. Verkenning drugsbeleid in Nederland: feiten, opinies en scenario's. STG. Zoetermeer, 1998.
2. Brink W van den, Hendriks VM, Van Ree JM. Medical Coprescription of Heroin to Chronic, Treatment-Resistant Methadone Patients in The Netherlands. *Journal of Drug Issues* 1999; 29: 587-608.
3. Driessen FMHM. Methadonverstrekking in Nederland. Utrecht: Bureau Driessen, 1990.
4. Buster M, Brussel GHA van. Selectie van druggebruikers voor heroïne-experiment: een vooronderzoek. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Amsterdam, 1996.
5. Hendriks VM. 'Afkicken onder narcose' in Parnassia: een studie naar de effectiviteit van twee snelle detoxificatiemethoden voor heroïneverslaafden. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 4: 22-5.
6. Derks J. Het Amsterdamse morfine- verstrekkingsexperiment. Dissertatie. Rijksuniversiteit Utrecht. Utrecht, 1999.
7. Brussel GHA van. Evaluatieverslag Palfium voor langdurig heroïneverslaafden. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Amsterdam, 1996.
8. Hartnoll RL, Mitcheson MC, Battersby A, et al. Evaluation of Heroin Maintenance in a Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 877-84.
9. Gossop M. Verschreibung von Heroin und anderen injizierbaren Drogen an Abhängigen aus Britisher sicht. *Sucht* 1994; 5: 325-33.
10. Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich. Zürich, 1997.
11. Seidenberg A, Honegger U. Methadon, Heroin und andere Opiode. *Medizinisches Manual für die ambulante Opioidgestützte Behandlung*. Bern: Verlag Hans Huber, 1998.
12. Commissie Medicamenteuze Interventies bij Drugverslaving. Het voorschrijven van heroïne aan verslaafden aan heroïne. Gezondheidsraad. Publikatie nr 1995/12. Den Haag, 1995.
13. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Utrecht, 1997
14. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden. Onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift. Tweede herziene druk. Utrecht, 1999.

Alcohol-, druggebruik en probleemgedrag onder jongeren

Een inventarisatie in Den Haag

Mw. I. Burger, P.E. Brommet en V.M. Hendriks

De media berichten graag op sensationele wijze over gebruik van drugs en drank door jongeren, met verslaving, zinloos geweld en problematisch gedrag op school als gevolg. De onderzoekscommissie Monitoring en Registratie (MORE) heeft vorig jaar een inventarisatie laten maken naar de aard en de omvang van het alcohol- en drugsgebruik door de (Haagse) jeugd. Gebleken is dat middelengebruik door jongeren zeker aandacht verdient. Voor een deel van hen is het gebruik problematisch. Nader onderzoek onder specifieke groepen in Den Haag wordt bepleit.

In de media verschijnen regelmatig sensationele berichten over het gebruik van alcohol- en drugs door jongeren. 'Zinloos' geweld onder invloed van alcohol; jonge kinderen die al zwaar verslaafd zouden zijn aan softdrugs; scholieren die vanwege middelengebruik niet opletterend aanwezig zijn in de klas. Het zijn slechts enkele voorbeelden. Zonder twijfel kunnen jongeren nu gemakkelijker aan genotmiddelen komen dan enkele decennia geleden.

De gemeente Den Haag wil bij de aanpak van verslavingsproblemen extra aandacht schenken aan het alcohol- en druggebruik door jongeren. In dit kader heeft de onderzoekscommissie Monitoring en Registratie (MORE)^{a)} in 1999 een inventariserende studie laten uitvoeren. Daarbij is gekeken naar wat de

literatuur leert over het (problematische) alcohol- en druggebruik onder - bij voorkeur Haagse - jongeren al dan niet gepaard gaande met probleemgedrag. En bij sleutelfiguren van hulpverlenende en justitiële instanties in Den Haag is informatie ingewonnen over wat ze kunnen zeggen over het middelengebruik van de jongeren die bij hen bekend zijn. Dit artikel beschrijft de belangrijkste uitkomsten.

De scope van probleemgedrag in dit onderzoek was breed gedefinieerd. Hiertoe behoorden problemen op het gebied van de opvoeding en het intra-psychochisch functioneren (bijvoorbeeld angst, depressie) alsmede asociaal, delinquent en overlast gevend gedrag en van huis weglopen dan wel spijbelen van school. Het (problematische) middelengebruik richtte zich op dat van alcohol, softdrugs (zoals cannabis) en harddrugs (zoals heroïne, cocaïne, amfetamine, speed, XTC en pado's).

Definities van problematisch gebruik en van probleemgedrag

Bij literatuurstudies ondervindt men veelal hinder van het gebruik van verschillende definities. Dit onderzoek heeft de extra handicap dat het (bovenmatige) middelengebruik vaak deel uitmaakt van beschrijvingen van probleemgedrag.

Wanneer precies kan worden gesproken van problematisch gebruik van alcohol of drugs kan niet een-

^{a)} In Den Haag wordt in nauwe samenwerking tussen politie, justitie, verslavingszorg en gemeente gestreefd naar een samenhangend beleid met betrekking tot verslaafden. Deze samenwerking wordt vormgegeven in de 'Regiegroep Verslavingsproblematiek' waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd. De onderzoekscommissie MORE ressorteert onder de Regiegroep Verslavingsproblematiek.

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, onderzoeker (lid onderzoekscommissie Monitoring en Registratie), afdeling Epidemiologie GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag, P.E. Brommet, socioloog, Parnassia Addiction Research Centre van Parnassia, psycho-medisch centrum en dr. V.M. Hendriks, psycholoog (lid onderzoekscommissie Monitoring en Registratie), hoofd Parnassia Addiction Research Centre van Parnassia, psycho-medisch centrum.

duidelijk worden vastgesteld. Het gebruik is verbonden aan tal van waarden en normen die weer afhangen van kenmerken van de gebruiker (leeftijd, geslacht, geloof), van de situatie waarin wordt gebruikt (uitgaan) en van de gevolgen die het gebruik heeft.

Alcohol is een genotmiddel waarvan het gebruik in het algemeen wordt geaccepteerd, zeker bij volwassenen. Beperkt (gecontroleerd) gebruik ervan is meestal niet schadelijk, soms zelfs bevorderend voor de gezondheid. Garretsen spreekt van probleemdrinken als iemand excessief alcohol gebruikt en als dit drinkgedrag gepaard gaat met lichamelijke, geestelijke en/of sociale problemen van de drinker zelf of van anderen (1). Bij hem is een excessief drinker iemand die op minstens 21 dagen per maand vier of vijf glazen per dag nuttigt of op minstens negen dagen per maand minimaal zes. Deze definitie is strenger dan in de verslavingszorg wordt gebezigd. Daar spreekt men veelal pas van excessief gebruik bij een gemiddelde dagelijkse consumptie van minimaal acht glazen per dag (2).

Bij problematisch gebruik van soft- en harddrugs komt men in de literatuur geen eenduidige, algemeen geaccepteerde grenswaarden tegen die het bovenmatige ervan afbakenen (3). Wellicht dat men bij deze middelen meer gericht is op gevreesde gezondheids- en/of sociale problemen, ook bij incidenteel gebruik.

Scholte e.a. stellen dat het problematisch zijn van gedrag niet alleen aan het vertoonde gedrag is gekoppeld, maar dat het ook te maken heeft met een normatief oordeel over het gedrag (4). Ze houden rekening met dit normatieve aspect als ze probleemgedrag definiëren als 'gedrag dat door personen uit de omgeving van een jeugdige, of door de jeugdige zelf als problematisch wordt ervaren of beoordeeld'. Ze maken onderscheid tussen op de buitenwereld gericht gedrag (externaliserend gedrag: 'gedragsproblemen') en op het innerlijk of op de eigen persoon gericht gedrag (internaliserend gedrag: 'emotionele problemen'). Ook in de jeugdhulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen wordt bij de indicering en diagnosestelling - met uitsplitsingen afgestemd op hun doelgroep - deze tweedeling gehanteerd.

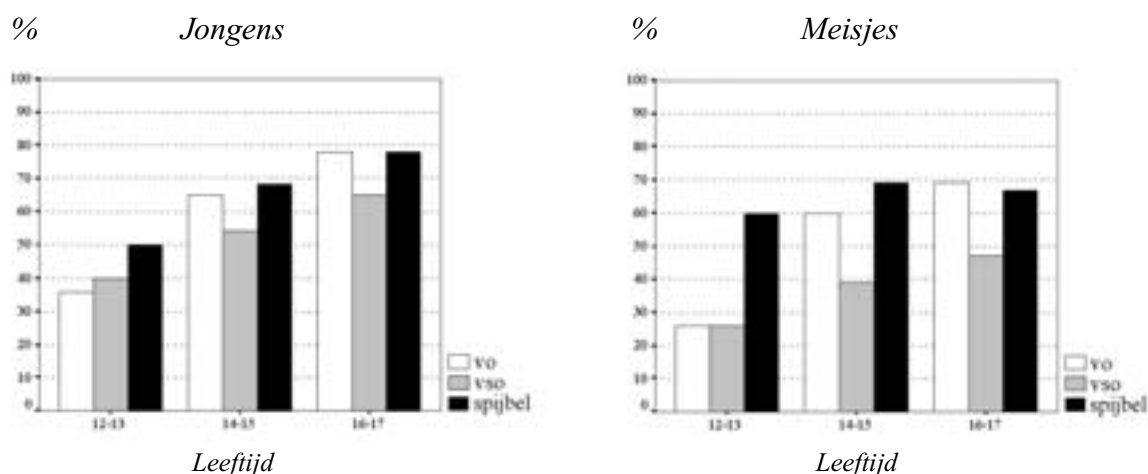
Alcoholgebruik

Het gemiddelde alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is in Nederland het laatste decennium vrij constant gebleven (2,2 glazen per dag) (5).

Maar onder jongeren neemt het drinken toe, zowel in aantal jongeren dat drinkt als in mate van gebruik van alcohol (frequentie en hoeveelheid per keer) (6). Van de Nederlanders van 12 jaar en ouder ¹⁾ heeft 90% wel eens alcohol gedronken en 75% heeft dit de laatste vier weken gedaan. In Den Haag ligt dit actuele gebruik lager, namelijk op 67%.

Figuren 1a en 1b

Actueel gebruik (laatste vier weken voor onderzoek) van alcohol door jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs (vo), voortgezet speciaal onderwijs (vso) en in de spijbelopvangprojecten (spijbel) naar leeftijd. Nederland 1996/1997.



Peilstationscholierenonderzoeken ¹⁾ die in Nederland gedurende 1996 en 1997 in het voortgezet onderwijs (vo: ± 10.000 leerlingen), het voortgezet speciaal onderwijs (vso: ± 1.500 leerlingen) en de spijbelopvangprojecten (± 300 leerlingen) hebben plaatsgevonden, geven ten aanzien van het alcoholgebruik het volgende beeld (zie figuren 1a en 1b).

Met het ouder worden stijgt in alle onderwijstypen het actuele alcoholgebruik. Onder de 14-17-jarigen is dat gebruik het laagst in het vso. Opvallend is het hoge gebruik onder de 12-13-jarige deelnemers aan de spijbelopvangprojecten (50% van de jongens en 60% van de meisjes).

Binnen het v(s)o worden meer actuele drinkers onder jongens aangetroffen dan onder meisjes. Dit is in de jongste leeftijdsklassen van de spijbelopvangprojecten niet het geval.

Op de vraag waar de laatste keer alcohol werd gebruikt antwoordden de deelnemers aan de spijbelopvangprojecten, vergeleken met het vo en vso, vaker buitenshuis (niet de eigen woning): respectievelijk: 84%, 63% en 65%. Van de mogelijke locaties buitenshuis scoorde vooral de disco hoger (24% versus 14% en 15%).

Het peilstationonderzoek in Den Haag (betreft vo-scholieren, geënquêteerd in 1996) toont in alle leeftijdsgroepen een alcoholgebruik dat lager ligt dan in Nederland (10). Dit geldt zowel voor de meisjes als

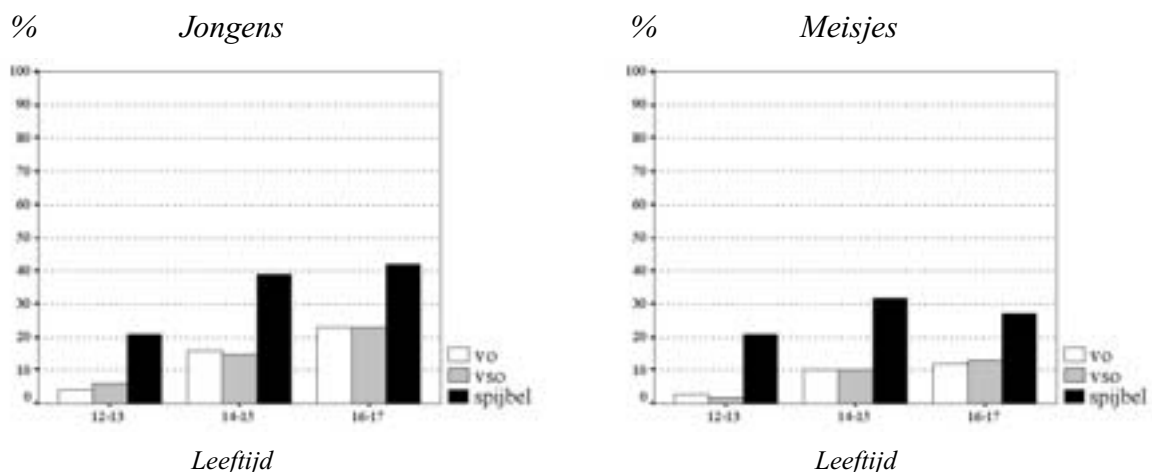
¹⁾ In 1997 heeft voor het eerst een grootschalig landelijk onderzoek plaatsgevonden naar gebruik van alcohol en drugs (7). Nederlanders van 12 jaar en ouder beantwoordden in een face-to-face contact vragen over hun middelengebruik. Over de vier grote steden konden afzonderlijke uitspraken worden gedaan. Het zijn twee onderzoeken waar in dit artikel regelmatig naar wordt verwezen. Tenzij anders vermeld zijn de gegevens over de scholieren afkomstig van het Trimbosinstituut en van de Nederlandse cq. Haagse bevolking van het CEDRO-onderzoek. Sinds 1984 onderzoekt het Trimbosinstituut iedere vier jaar klassikaal het genotmiddelengebruik onder scholieren van het voortgezet onderwijs (burgklas, vbo, mavo, havo, vwo) (8). Momenteel vindt (nu na een interval van drie jaar) een vijfde meting plaats. In 1990 en 1997 is dit onderzoek ook gedaan bij jongeren op scholen voor speciaal onderwijs (mlk-, lom-, zmk-scholen) en in spijbelopvangprojecten (9). Het onderzoek onder Haagse middelbare scholieren vond in 1996 op grotere schaal plaats waarmee ook gegevens beschikbaar kwamen over de Haagse scholieren.

voor de jongens. Gedeeltelijk kan dit worden verklaard door het grotere aandeel kinderen met een islamitische achtergrond in Den Haag.

Een van de weinige Nederlandse studies die inzicht verschaft in trends in de tijd van problematisch alcoholgebruik onder jongeren betreft een onderzoek onder Rotterdamse 16-24-jarigen (11). Hieruit blijkt dat de groep jongeren die excessief drinkt van 1980-1981 tot 1994 is gegroeid van 5,7% naar 8,5%, terwijl het aandeel probleemdrinkers is gestegen van

Figuren 2a en 2b

Actueel gebruik (laatste vier weken voor onderzoek) van cannabis door jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs, voortgezet speciaal onderwijs en in de spijbelopvangprojecten naar leeftijd. Nederland 1996/1997.



8,6% naar 14,8% ('excessief drinken' en 'probleemdrinken' volgens de definitie van Garretsen (1)).

Uit peilingen van het NIBUD komt naar voren dat scholieren steeds meer en op steeds jongere leeftijd geld uitgeven aan alcohol (5). In 1996 kocht 25% van de 12-14-jarigen alcohol tegenover 9% twee jaar eerder. Onder de 15-17-jarigen was dit respectievelijk 54% en 34%. Jongeren beschikken over meer geld vooral omdat veel jongeren een baantje hebben naast de school. Uitgaan - vooral in het weekend - is voor jongeren op steeds jongere leeftijd een belangrijke vrijetijdsbesteding. Drinken (en druggebruik) maakt daar steeds vaker onderdeel van uit.

Een jongere die op een uitgaansavond meer dan tien glazen alcohol consumeert vormt geen uitzondering meer, zo bleek uit een steekproef van 15-25-jarige horecabezoekers in 1998 in Nederland (12). Op een uitgaansavond drinkt 40% meer dan tien glazen (jongens 57%; meisjes 16%; 21-24-jarigen 47%) en 10% zelfs meer dan 21 glazen! Het percentage dat meer dan tien glazen drinkt is onder jongeren uit plattelandsgebieden hoger dan onder jongeren in de stedelijke gebieden (> 50.000 inwoners): respectievelijk 44% en 36%.

Vergelijken we het drinken van Nederlandse jongeren met dat in andere landen in Europa en met de Verenigde Staten dan neemt Nederland een opvallende plaats in (13). In Nederland is 29% van de 15-

jarigen de laatste dertig dagen dronken geweest: Nederland staat daarmee op de derde plaats. In Nederland drinkt 19% van de scholieren in die periode tien keer of meer: met die frequentie staat Nederland op de eerste plaats!

Gebruik van softdrugs

Cannabisgebruik is overwegend een fenomeen onder jongeren en jongvolwassenen. In het algemeen wordt het gebruik van cannabis niet lang voortgezet. In 1997 had 16% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder ooit cannabis gebruikt en 'slechts' 2% de laatste vier weken.

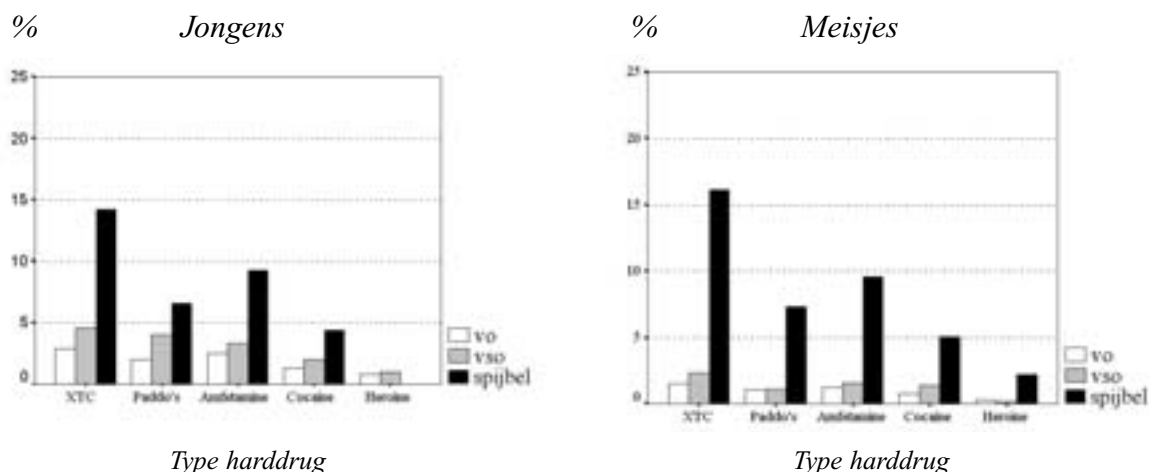
Uit de peilstationonderzoeken onder scholieren blijkt dat sinds de laatste peiling in 1990-1992 het cannabisgebruik in alle schooltypes flink is gestegen. In 1996-1997 is het actuele gebruik als volgt vastgesteld (figuren 2a en 2b).

In het algemeen treffen we meer cannabisgebruikers aan in de oudere leeftijdsgroepen en meer onder jongens. Van alle vo-leerlingen geeft 11% aan in de vier voorafgaande weken cannabis te hebben gebruikt. In het vso ligt dit percentage iets hoger, namelijk 13,5%. Onder de deelnemers aan de spijbelopvangprojecten is dit bijna het drievoudige: 35%.

Uit het landelijke onderzoek van Bieleman blijkt dat op een uitgaansavond bijna één op de vijf jongeren softdrugs gebruikt (12).

Figuren 3a en 3b

Actueel gebruik (laatste vier weken voor onderzoek) van harddrugs door jongens en meisjes in het voortgezet onderwijs, voortgezet speciaal onderwijs en in de spijbelopvangprojecten naar leeftijd. Nederland 1996/1997.



Tabel 1

Psychische stoornissen (DSM-III-R) die zich hebben voorgedaan in de afgelopen zes maanden onder 13-18-jarigen. Nederland 1997.

Psychische stoornis (21)	%
Angststoornis ^{a)}	10,5
Stemmingsstoornis ^{b)}	4,6
Gedragsstoornis ^{c)}	6,7
Stoornis in het gebruik van een psychotroop middel ^{d)}	3,3
DSM-III-R stoornis	21,5

^{a)} Fobieën, paniekstoornis, scheidingsangststoornis, vermijdingsstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis.

^{b)} Depressie, dysthyme stoornis, manie, hypomanie.

^{c)} Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), oppositioneel- opstandige gedragsstoornis.

^{d)} Alcohol- en drugmisbruik, alcohol- en drugsafhankelijkheid (met uitzondering van tabak).

Het actuele cannabisgebruik onder de Haagse meisjes op het vo is in alle leeftijdscategorieën lager dan landelijk. De Haagse jongens volgen meer het landelijke patroon (10).

Gebruik van harddrugs

Ook voor het gebruik van harddrugs onder scholieren wordt gebruik gemaakt van gegevens uit het peilstationonderzoek (figuren 3a en 3b).

Zoals verwacht is het actuele gebruik van harddrugs in vergelijking met alcohol en softdrugs verreweg het laagst. XTC is de meest populaire harddrug onder scholieren. Deze constatering geldt voor alle schooltypes. Tussen de onderwijsvormen zien we (grote) verschillen in percentages gebruikers. Gebruik van harddrugs, met uitzondering van heroïne, komt het meest voor onder deelnemers van spijbelopvangprojecten. In het v(s)o gebruiken meer jongens dan meisjes. In de spijbelopvangprojecten zien we tussen de geslachten weinig verschil in gebruik. Volgens Bieleman gebruiken 15-25-jarige bezoekers van horecagelegenheden op uitgaansavonden 6% XTC, 3% speed, 3% cocaïne en 2% pado's (12). Het zijn vooral jongens die drugs gebruiken. De drugs worden meestal in combinatie met alcohol gebruikt.

Volgens insiders die in 1997 deelnamen aan panelbijeenkomsten in het kader van het (jaarlijks uitgevoerde) Antenne-onderzoek in Amsterdam, neemt het gebruik van XTC onder trendsetters uit het

party/discopubliek af 'ten gunste' van cocaïne (14). Ook buiten het uitgaanscircuit wordt bij buurt- en probleemjongeren gezien dat cocaïne meer wordt gebruikt. XTC blijft echter de meest gebruikte harddrug. Alcohol en cannabis blijven daarnaast aantrekkelijke roesmiddelen en worden door jongeren gezien als een goede bodem voor andere drugs.

De politie en de verslavingszorg in Den Haag registreerden te samen over de periode 1993-1995 ruim vijftig 12-18-jarige Haagse harddruggebruikers (43 jongens en 10 meisjes) (15). Iets meer dan de helft bleek van Nederlandse afkomst. Onder de niet-Nederlanders werden vooral Marokkaanse en Surinaamse jongeren gezien.

Alcohol- en druggebruik onder niet-Nederlanders

In 1997 heeft het Centrum voor Verslavingsonderzoek literatuuronderzoek gedaan naar de aard en de omvang van verslavingsproblematiek onder allochtone groepen in Nederland: het alcohol-, cannabis- en XTC-gebruik onder niet-Nederlanders bleek in onderzoek onder scholieren en onder de bevolking van 12 jaar en ouder het laagst te zijn (16).

Amsterdams onderzoek beschreef het middelengebruik van probleemjongeren, koffieshopbezoekers en discotheek- en housepartybezoekers (17)(18) (19). Naar etnische afkomst bleek er bij *probleemjongeren* geen verschil in cannabisgebruik en was het alcoholgebruik onder niet-Nederlanders lager.

In de groep *koffieshopbezoekers* zien we wederom minder alcoholgebruik onder de niet-Nederlanders. Dit geldt in deze groep ook voor cannabisgebruik. Het gebruik van heroïne wordt onder allochtonen en autochtonen in deze groep nauwelijks aangetroffen. Met de andere harddrugs XTC en cocaïne hebben vooral de Surinaamse en Antilliaanse bezoekers ervaring. Onder de *discotheek- en partybezoekers* bleken er naar etnische afkomst, in tegenstelling tot de scholieren, nauwelijks verschillen te bestaan in middelengebruik.

Alcohol- en druggebruik en psychische problematiek

In een landelijk onderzoek onderzochten Verhulst e.a. psychische stoornissen bij jongeren van 13-18 jaar oud (20). In tabel 1 worden de belangrijkste stoornissen, die zich in de afgelopen zes maanden bij hen hebben voorgedaan, weergegeven. Bij ongeveer één op de tien jongeren is sprake van een angststoornis.

Alcohol- en drugsmisbruik en -afhankelijkheid komt onder de jongeren relatief weinig voor (3.3%), maar blijkt wel zeer vaak gepaard te gaan met één of meer van de overige diagnoses.

Alcohol- en druggebruik en criminaliteit

Criminaliteit bij alcoholgebruik uit zich vooral in de vorm van agressieve feiten (mishandeling, vandalisme en rijden onder invloed) en bij harddruggebruik zien we vooral vermogenscriminaliteit en zichtbare overlast in de vorm van dealen, spuiten of lastig vallen van mensen.

In het door het ministerie van Justitie in 1996 uitgevoerde zelfrapportage-onderzoek onder jongeren van 12 tot en met 17 jaar komt naar voren dat jongeren die wel eens of regelmatig alcohol gebruiken, duidelijk meer strafbare feiten rapporteren dan jongeren die aangeven nooit alcohol te drinken. Hetzelfde geldt voor softdruggebruik, waarbij kan worden opgemerkt dat (regelmatig) alcohol- en softdruggebruik in veel gevallen samengaan (22).

Doreleijers onderzocht 12-18-jarigen die in 1993 in Den Haag in verzekering waren gesteld en voorgeleid (23). Van deze jongeren gebruikte 37% softdrugs in matige of ernstige mate, 7% harddrugs en 15% bovenmatig alcohol. Het percentage dat aangeeft problemen door het gebruik te hebben ligt op 19%.

Verkenning bij Haagse instellingen

In aanvulling op de literatuurstudie zijn in 1999 interviews afgenomen bij contactpersonen van Haagse instellingen die gericht zijn op jongeren met probleemgedrag, te weten de jeugdhulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, de verslavingszorg en politie/justitie (waaronder kinderschermingszaken en reclassering). Het betreft een veelheid aan instanties, die meer of minder intensief en al dan niet in direct contact staan met de jongeren. Alcoholgebruik is voor de hulpverleners/begeleiders - met uitzondering van de verslavingszorg - geaccepteerd en nauwelijks een punt van aandacht. Het door de geïnterviewden geschatte actuele cannabisgebruik in instellingen voor jeugdhulpverlening, de jeugd GGZ, de reclassering en het huis van bewaring voor jong-volwassenen 'De Sprang' varieert tussen de 20 en 100%, hoger dan onder de algemene populatie jongeren werd geconstateerd. Harddruggebruik werd in al deze instellingen ook gesignaleerd.

Beschouwing

Uit het voorgaande blijkt dat er zeker reden is aandacht te besteden aan het alcohol- en druggebruik onder jongeren. Het alcoholgebruik neemt onder een deel van hen onrustbarend toe. Ze beginnen op jongere leeftijd, drinken vaker en meer dan vroeger het geval was. In uitgaansgelegenheden wordt (ook onder allochtone bezoekers) veelvuldig en flink gedronken al dan niet in combinatie met drugs (meestal softdrugs). Het populairder worden van deze middelen onder jongeren is een maatschappelijk verschijnsel dat niet zonder risico is. Overmatig alcoholgebruik (met of zonder drugs) kan - ook bij incidenteel gebruik - een bepalende factor zijn bij verkeersongevallen, vandalisme, agressie en sociale problematiek. Daarnaast heeft overmatig middelengebruik op de lange duur onwenselijke gevolgen voor de gezondheid en de psychosociale ontwikkeling. In het algemeen blijkt onder groepen jongeren met probleemgedrag het middelengebruik (vooral drugs) meer voor te komen. Juist bij hen verloopt de psychosociale ontwikkeling vaak problematisch en is het middelengebruik een extra risico om (weer) te ontsporen.

Onderhavige studie was gericht op Haagse jongeren. Over het alcohol- en druggebruik van de gemiddelde Haagse jongere is redelijk veel bekend. Maar

voor informatie over dat gebruik onder specifieke groepen (zoals leerlingen van speciaal onderwijs, delinquenten, en uitgaanders) is meestal gebruik gemaakt van landelijke cijfers. Dat inzicht ontbreekt dus nog voor Den Haag en vraagt om nader onderzoek. Behalve kennis over het vóórkomen van alcohol- en druggebruik onder jongeren is het van belang een genuanceerder beeld te hebben van de dynamiek in het (problematische) gebruik zelf bij jongeren. Wat zijn de motieven tot het gebruik, waardoor wordt dit beïnvloed, welke rol speelt het aanbod hierbij, waar wordt vooral gebruikt en met wie, enzovoort. Daarvoor is onderzoek noodzakelijk dat ruimte biedt voor het verzamelen van meer kwalitatief gegevensmateriaal. Gekozen is dit in Den Haag te doen in de vorm van een panelstudie met sleutelfiguren die vanwege hun functie in contact staan met jongeren die uitgaan, jonge voetbalsupporters en buurtjongeren. Parallel daaraan zullen diepte-interviews worden afgenomen bij jongeren die bekend zijn bij hulpverlenende en justitiële instanties. Ten aanzien van het (problematische) middelengebruik en het probleemgedrag gaat het daarbij met name om het verloop van verslechterings- en verbeteringsfactoren. Beide onderzoeksvormen zullen complementair aan elkaar worden uitgevoerd. Via deze weg is het beter mogelijk jongeren zelf, bestuurders, hulpverleners, preventiewerkers en andere betrokkenen - op de Haagse situatie toegesneden - inzichten te geven over hoe het problematische alcohol- en druggebruik kan worden beperkt.

Literatuur:

- Garretsen HFL en Knibbe RA. Alcohol prevalentie-onderzoek. Rotterdam/Limburg: landelijk eindrapport. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk, 1983.
- Spruit IP en Zwart WM de. Epidemiologie van alcohol, druggebruik en gokken. In: Spruit IP (eindred.). Jaarboek verslaving 1996: over gebruik en zorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Bear JS, Maclean MG and Marlatt AG. Linking Etiology and Treatment for Adolescent Substance Abuse: Towards a better Match. In: Jessor R (ed.). New Perspectives on Adolescent Risk Behaviour. Cambridge University Press, 1998.
- Scholte EM, Messing CTHM en Nijkerk JH e.a. Probleemgedrag en interventie. Adviesbureau, (Gezins)voogdij en RIAGG-jeugdafdeling onderzocht. Rijksuniversiteit Leiden, Serie: Hedendaagse Jeugdzorg. DSWO press, 1992.
- Jaarboek Verslaving 1998: over het gebruik en zorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- Nationale Drugmonitor. Trimbosinstituut. Utrecht, 1999.
- Abraham MD, Cohen PDA en Til RJ van e.a. Licit and Illicit Drug Use in the Netherlands. Centrum voor Drugsonderzoek. Universiteit van Amsterdam, 1997.
- Kuipers SBM, Stam H en Zwart WM de. Jeugd en riskant gedrag. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbos-instituut. Utrecht, 1997.
- Stam H, Mensink C en Zwart WM de. Jeugd en Riskant gedrag 1997. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken in het voortgezet speciaal onderwijs en spijbelopvangprojecten. Trimbos-instituut. Utrecht, 1998.
- Middelkoop BJC, Fongler MRJM en Zwartendijk-Schats MATW. Veel genot en wijsheid? Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (I). Epidemiol Bul Grav 1998, 33 nr. 2: 20-6.
- Bongers IMB. Problem Drinking among the General Population: A Public Health Issue? Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek. IVO-Reeks 18, 1998.
- Bieleman B, Maarsingh H en Meijer G. Aangeschoten wild: onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan. Intraval. Groningen 1998.
- Jaarboek Verslaving 1997. Over het gebruik en zorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- Korf DJ, Nabben T en Lettink D e.a. Antenne 1997. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Jellinek Reeks, nr. 7. Jellinekcentrum. Amsterdam, 1998.
- Onderzoekscommissie MORE. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg. Den Haag, december 1998.
- Braam RV, Verbraeck HT en Wijngaart GT van de. Alloctonen en verslaving: inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder alloctonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor alloctone verslaafden. Centrum voor Verslavingsonderzoek. Universiteit Utrecht, 1998.
- Korf DJ en Steenhoven P van der. Antenne 1993. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Jellinek Reeks, nr. 2. Jellinekcentrum. Amsterdam, 1994.
- Korf DJ, Nabben T en Schreuders M. Antenne 1994. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Jellinek Reeks, nr. 3. Jellinekcentrum. Amsterdam, 1995.
- Korf DJ, Nabben T en Schreuders M. Antenne 1995. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Jellinek Reeks, nr. 5. Jellinekcentrum. Amsterdam, 1996.
- Verhulst FC, Ende J van der en Ferdinand RF e.a. The Prevalence of DSM-III-R Diagnoses in a National Sample of Dutch Adolescents. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 329-36.
- National Institute of Mental Health. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), version 2.3. State Psychiatric Institute. New York, 1992.
- Laan PH van der, Essers AAM, Huijbregts GLAM e.a. Ontwikkeling van de jeugdcriminaliteit: periode 1980-1996: een tussentijds verslag. Onderzoeksnotities 1998/5. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Ministerie van Justitie, 1998.
- Doreleijers ThAH. Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening. Gouda: Quint, 1995.

Het artikel is voor een belangrijk deel gebaseerd op de resultaten van het onderzoek 'Jeugdige Gebruikers in Beeld'. Het rapport kan worden opgevraagd bij Mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Preventie van depressie in verzorgingshuizen

Nieuw onderzoek van het Trimbos-instituut wijst uit dat in de verzorgingshuizen, waar voorlichting en gerichte gesprekken worden georganiseerd, bewoners minder depressieve klachten hebben, meer initiatief nemen tot contact en een grotere zelfwaardering hebben.

De geestelijke gezondheid van de bewoners van de 1.350 verzorgingshuizen in ons land is minder goed dan die van de algemene oudere bevolking. Tussen de 28 en 37 procent van de bewoners heeft mogelijk een (milde) depressie. Psychosociale problemen komen vaak voor. Bijna de helft van de bewoners heeft last van eenzaamheidsgevoelens; 21% voelt zich erg eenzaam. Ook de dagelijkse (sociale) activiteiten van deze groep zijn minder dan bij de oudere bevolking in het algemeen.

Onderzoek wijst uit dat depressieve klachten ook op hoge leeftijd goed te verhelpen zijn. Een aantal preventieafdelingen van GGZ-instellingen heeft de afgelopen jaren een aanbod opgezet om depressieve bewoners te helpen en

het personeel te ondersteunen en bij te scholen in het signaleren van en omgaan met depressie. Het Trimbos-instituut heeft één van deze preventieprogramma's op effect onderzocht.

Het onderzoeksverslag 'Preventie van depressie in verzorgingshuizen. Evaluatie van een interventieprogramma' kost f. 30,- en kan worden besteld bij het Trimbos-instituut onder vermelding van 'Trimbos-reeks 99-15'.

Actuele informatie

Eerste Haagse Gezondheidsmonitor

Op 1 februari 2000 verscheen de eerste Haagse Gezondheidsmonitor. Deze rapportage van de GGD bevat informatie over gezondheid, ziekte en sterfte van de Hagenaars en laat samenhangen zien met leefstijlfactoren, sociaal-economische omstandigheden enzovoort. Er worden vergelijkingen getrokken binnen Den Haag, maar ook met de andere grote steden in Nederland en met de situatie in Nederland als geheel. Hieruit komt naar voren dat een deel van de gezondheidsproblemen typerend is voor de grote stad of voor bepaalde wijken binnen Den

Haag. In aparte hoofdstukken worden zowel jongeren, ouderen als migranten belicht.

De Gezondheidsmonitor is mede bedoeld ter ondersteuning van het gemeentebestuur bij het verder tot ontwikkeling brengen van het (volksgezondheids)beleid. Het ligt in de bedoeling een monitor met informatie over de Haagse gezondheidssituatie met een zekere regelmaat uit te brengen, namelijk één maal in de twee jaar.

Voor belangstellenden is de Haagse Gezondheidsmonitor verkrijgbaar bij de Afdeling Epidemiologie van de GGD, telefoon 070 - 353 72 18.

Nieuw verschenen

Feiten/Fabels over kanker

In de uitgave 'Feiten en fabels' zijn de belangrijkste gegevens over kanker in Nederland opgenomen. De cijfers zijn met name ontleend aan de Nederlandse Kankerregistratie. Per tumorsoort staat onder andere vermeld bij hoeveel mensen juist deze specifieke kankersoort voorkomt, de risicofactoren, de leeftijdsverdeling, trends, mogelijke behandelingen en overlevingskansen. Naast deze feiten zijn ook 'fabels'

opgenomen: veelgehoorde misverstanden die laten zien hoever feiten en opvattingen soms nog uit elkaar liggen. De uitgave is bedoeld als naslagwerkje voor hulpverleners en voor hen die regelmatig te maken hebben met zowel de fabels als de feiten rondom kanker. Geïnteresseerden kunnen het boekje voor f. 20,- (incl. verzendkosten) bestellen bij de Vereniging van Integrale Kankercentra, tel. 030 - 234 37 80.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 29 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten volgens de nieuwe wetgeving per 1 april 1999 in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit nummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

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

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het vierde kwartaal 1999.

Mazelen:

Sinds april 1999 heerst in Nederland een mazelen-epidemie, die zich snel heeft verspreid onder de niet-gevaccineerde populatie. Eind december waren 2.500 gevallen bekend. In Den Haag werden de eerste gevallen pas eind november gemeld. In totaal waren dit 28 in het laatste kwartaal en er was nog een toenemende lijn te zien. De

epidemie treft in Den Haag vooral de bevolkingsgroep die de kinderen om antroposofische redenen niet laat vaccineren. Bij een klein aantal patiënten traden complicaties op, maar er is niemand overleden. In het volgende nummer van het Epidemiologisch Bulletin zal een gedetailleerd overzicht worden gegeven van de Haagse situatie.

Kinkhoest:

De stijgende trend van de kinkhoest-epidemie heeft zich in het laatste kwartaal 1999 voortgezet. De meeste gevallen komen voor bij gevaccineerde kinderen. De gemiddelde leeftijd is 16 jaar. Het merendeel van de gevallen betreft kinderen die gevaccineerd zijn met een kinkhoestvaccin dat de laatste jaren minder effectief is gebleken. Dit zou te wijten zijn aan een verandering in de antigenische eigenschappen van de wilde kinkhoeststam. Sinds eind 1997 is het vaccin aangepast aan de huidige kinkhoestbacterie. Verwacht wordt dat kinkhoest in de komende jaren minder zal voorkomen bij de jongere leeftijdsgroepen.

Griep:

Ook in Den Haag is de influenzapandemie toegeslagen. Griep behoort niet tot de aangifteplichtige ziekten en daarom zijn geen precieze gegevens bekend uit Den Haag.

Gastro-enteritis(explosies) in scholen en instellingen:

In oktober 1999 zijn ongeveer 700 scholen en instellingen in Den Haag door de GGD aangeschreven om de meldingsplicht van abnormale aantallen van bepaalde infectieziekten binnen het kader van de nieuwe infectieziektewet kenbaar te maken. Het gaat vooral om maag-darminfecties, geel-

zucht en huidaandoeningen. Sindsdien wordt de GGD meer en meer benaderd met zulke meldingen. Vooral acute gastro-enteritis wordt gemeld. Samen met de betrokken instelling en andere partners zoals: de Keuringsdienst van Waren, laboratoria en de pers, wordt getracht volgens de landelijke protocollen op gepaste wijze op de explosie te reageren.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster;

Mw. P. van Leeuwen;

B.J.C. Middelkoop;

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

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

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

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	Den Haag 1999	West Hol- land 1999	Rijs- wijk 1999	Tot. regio 1999	1e kw regio 1999	2e kw regio 1999	3e kw regio 1999	4e kw regio 1999	
mens	inhalatie	difterie (B)									
		meningokokkose (B)*	27	5		32	11	5	11	5	
		mazelen (B)	30	4	5	39	2			37	
		kinkhoest (B)**	196	128	20	344	40	43	89	172	
		rodehond (C)									
		tuberculose (B)	106	20	2	128	21	33	62	12	
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	40	4	1	45	3	4	10	28	
		hepatitis C (B)	12	2	1	15		4	4	7	
	faecaal/oraal	kinderverlamming (A)(2)									
		hepatitis A (B)(3)	65	8	5	78	45	9	12	12	
		bacillaire dysenterie (B)(3)	21	11		32	3	4	5	20	
	dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithose/psittacose (C)	2			2				2
Q-koorts (C)(4)	1				1			1			
insectenbeet		virale hemorrhagische koorts (B)									
		febris recurrens (B)									
		gele koorts (C)									
		malaria (C)	18	2		20	1	5	7	7	
		vlektyfus (B)									
beet/speeksel		hondsdoelheid (B)									
		pest (B)									
aanraking		miltvuur (C)									
		brucellose (C)(4)									
omgeving	inhalatie	legionellose (C)	4			4		1	1	2	
consumptie		cholera (B)	1			1			1		
		trichinose (C)									
		acute voedselvergiftiging of voedselinfectie (B)	24	1		25	5	9	1	10	
		buiktyfus (B)	1	2		3	1	2			
		paratyfus A (B)	1			1				1	
		paratyfus B (B)									
		paratyfus C (B)									
		botulisme (B)(5)									
contact (water/grond/dier)	leptospirose (B)	1			1	1					
totaal			550	187	34	771	133	119	204	315	

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

* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

** samenvoeging pertussis en atypische pertussis

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(5) ook wondbesmetting

