



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 37, 2002, nummer 3*

## inhoud

Redactioneel

## volksgezondheid

“ In bezuinigen waren we erg goed, maar meer geld uitgeven, dat hebben we moeten leren “  
Gesprek met wethouder J. Klijsma

Dagboek vaccinatiecampaagne meningokokken in Den Haag

## epidemiologie

De drugscene in de Haagse Stationsbuurt, rondom pand Zieken 107

Dakloos in Den Haag

## korte berichten

# Colofon

september 2002, 37ste jaargang nr. 3

## Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;  
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;  
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum Haagland-  
den, lokatie Westeinde;  
mw. E.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale  
Zorg Den Haag e.o.;  
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;  
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum  
Den Haag;  
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)  
prof. dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;  
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

## Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn  
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360  
mw. H. Schreiner-Heynen;  
tel.: 070 - 353 71 05, fax : 070 - 353 72 92  
e-mail: h.schreiner-heynen@ocw.denhaag.nl

## Fotografie

Peter van Oosthout; GGD Den Haag

## Druk/Lay out

Facilitaire Dienst / Multimedia Den Haag

## Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,  
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

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

<b>Redactioneel</b>	1
<b>Volksgezondheid</b>	
• “ In bezuinigen waren we erg goed, maar meer geld uitgeven, dat hebben we moeten leren” Gesprek met wethouder J. Klijsma <i>R.H. Jamin, M.H. Waterman</i>	2
<b>Epidemiologie</b>	
• De drugscene in de Haagse Stationsbuurt, rondom pand Zieken 107 <i>A.F.T. Bloemendaal, V.M. Hendriks</i>	6
• Dakloos in Den Haag <i>J. Wolf, S. Nicholas, D. Reinking</i>	16
<b>Volksgezondheid</b>	
• Dagboek vaccinatiecampagne meningokokken in Den Haag <i>M.H. Waterman</i>	24
<b>Korte berichten</b>	31

# Redactioneel

## Veranderende patronen

In dit bulletin een interview met mevrouw Klijnsma. Bij de start van haar nieuwe ambtsperiode blikken we terug op haar plannen van vier jaar geleden.

Het enthousiasme van toen is niet verdwenen. Vol energie kijkt de Haagse wethouder van Welzijn Volksgezondheid en Emancipatie terug, en vooruit. Het terugdringen van gezondheidsverschillen, wijkgericht werken, preventie door inzet van ervaringsdeskundigen, en het beïnvloeden van sectoren buiten het domein van zorg en welzijn zijn in ieder geval punten waarop we de komende periode het een en ander kunnen verwachten.

Wat betreft het terugdringen van gezondheidsverschillen biedt deze aflevering van het bulletin ruimschoots stof tot nadenken, gezien de artikelen over de Haagse drugscene en over de daklozen in Den Haag.

Het stuk over de drugscene in de Haagse Stationsbuurt beschrijft onderzoek naar ideeën en wensen rond een voorziening voor harddruggebruikers (het Zieken) bij sleutelpersonen en de gebruikers zelf. De wensen en ideeën van de onderzochte harddruggebruikers blijken af en toe sterk overeen te komen met die van veel sleutelpersonen. De gesuggereerde 'zorgloket'-functie is daarbij een interessant concept. De verslaafde straatprostituees vormen een aparte groep gebruikers. Het ontbreken van voldoende voorzieningen voor deze vrouwen binnen de hulpverlening, en de onmogelijkheid de prostituees te bereiken als gevolg van hun nachtelijke werktijden trekken hier de aandacht. Dit laatste lijkt curieus te gaan worden in het licht van veranderende patronen in de samenleving. Werktijden van medewerkers en openingstijden van winkels en andere organisaties liggen al lang niet meer zo vast. Of en wanneer deze trend zich in de maatschappelijke sector gaat voordoen is een beschouwing op zich waard. Wellicht iets voor een bulletin over drie jaar?

Bij het onderzoek naar daklozen in Den Haag blijkt dat de laagst ervaren kwaliteit van leven wordt aangetroffen onder de feitelijk daklozen. Ook hier nemen vrouwen een speciale -slechte- positie in. Het artikel naar aanleiding van het onderzoek van het Trimbos Instituut eind 2000, begin 2001, benadrukt de uitzichtloze positie van feitelijk daklozen en vraagt onder meer aandacht voor de geringe capaciteit aan nachtopvang en het lage bereik van de hulpverlening onder feitelijk daklozen. Ook constateren de auteurs dat het van belang is bij eventuele beleidsontwikkeling niet alleen aandacht te besteden aan huisvesting, maar gelijktijdig in te zetten op meerdere sporen (inkomen, veiligheid, dagelijkse activiteiten, ect.).

Ten slotte een sfeerbeeld achter de schermen van de eerste fase van de meningkokkencampagne. In vogelvlucht worden 10 dagen van de vaccinatiecampagne in Den Haag getoond, gezien door de ogen van één van de locatiemanagers. In een volgend nummer zullen de eerste resultaten worden gepubliceerd van de onderzoeksactiviteiten, die tijdens de campagne zijn uitgevoerd. Met speciale aandacht voor het onderwerp publieksvoorlichting.

# “In bezuinigen waren we erg goed, maar meer geld uitgeven, dat hebben we moeten leren”

Gesprek met Jetta Klijnsma, wethouder Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie

*R.H. Jamin, M.H. Waterman*

Bij haar aantreden, vier jaar geleden, hebben we mevrouw Klijnsma geïnterviewd. Het leek de redactie van het Bulletin een goed idee om haar bij het begin van de tweede ambtsperiode (“acht jaar is genoeg,” zegt ze), opnieuw te spreken. De voorlichtster die vier jaar geleden bij het gesprek aanwezig was, is dit keer niet nodig. Jetta Klijnsma heeft inmiddels een grote routine met interviews; zorgvuldig en helder formule-

rend baant ze zich een weg door tal van netelige zaken. Ze stelt voor om de punten uit het vorige interview door te nemen (Epi Bull 1998, 33, nr 3). Ook wij waren van plan om met een terugblik te beginnen.

#### STIOM

In het verleden was Jetta Klijnsma zelf voorzitter van de STIOM, de Stichting Ondersteuning gezondheids-



Rechts op de tandem: wethouder WVE Jetta Klijnsma, links: bestuursadviseur Carla de Boer

Over de auteurs:

R.H. Jamin is huisarts te Den Haag, en redacteur van het Epidemiologisch Bulletin; M.H. Waterman is manager productgroep Epidemiologie, Gezondheidsvoorlichting en GGD-beleid gemeente Den Haag, dienst OCW, en hoofdredacteur van het Bulletin.

zorg en Maatschappelijke dienstverlening, die zich inspant om in achterstandswijken kwalitatief goede en effectieve gezondheidszorg tot stand te brengen. Het project wekt nog steeds groot enthousiasme bij haar op. "Het STIOM-concept is zeer enthousiast ontvangen in Den Haag, het moet worden gecontinueerd, niet als doel op zich, maar als adequaat gebleken instrument voor zorgvernieuwing. Een project als Nieuwe Sporen is hieruit voortgekomen, waarbij imams, pandits en andere specifiek deskundigen worden betrokken bij de zorg. Na het succes in de Schilderswijk zijn er vervolgprojecten opgezet in Regentes-Valkenbos, Laak en Escamp. Ook hier wordt vernieuwing gerealiseerd." Eén van ons (*rhj*) meldt dat Escamp als vernieuwingsproject nog niet van de grond is gekomen. "Mijn informatie luidt anders. Er is zojuist een nieuwe projectleider aangesteld voor Escamp."

*Hoe ziet STIOM er over twee jaar uit?*

"De toekomst is ongewis. De verdere ontwikkeling van STIOM zal in belangrijke mate worden bepaald door het grote-stedenbeleid en de opstelling van de verzekeraars. De inzet van de gemeente was als tijdelijke stimulans bedoeld. Het idee was dat het concept, gegeven de via STIOM gerealiseerde vernieuwingen, zichzelf zou gaan bedruipen vanuit reguliere financieringsbronnen van de participerende organisaties en de verzekeraars. Hier ligt een groot knelpunt. De verzekeraars hebben geen titel om te financieren en hebben ook maar mondjesmaat bijgedragen, het ministerie van VWS heeft in 1997 vijf ton guldens gegeven, maar dat wordt niet gecontinueerd. Van de huisartsen wordt al gevraagd dat ze hun vrije tijd geven, ze zijn erg zwaar belast, we kunnen niet verwachten dat zij het financieren." Dat doen ze trouwens al indirect, want een groot deel van het STIOM-budget is afkomstig uit het Fonds AchterstandsWijken, dat bestaat uit een geormerkt deel van de huisartshonoraria. "Vooral in de eerste lijn en bij de verplegende sector is veel inzet nodig. Ik heb grote zorgen over de ontwikkeling en de toekomst van het zorgstelsel in Nederland. Eerstelijners zijn enthousiast over het STIOM-concept. Daarom wil ik graag dat het wordt gecontinueerd. Ik zal me daar de komende vier jaar zeker voor inzetten."

#### Contact met patiënten

"Ik probeer zo veel mogelijk rechtstreeks contact met patiënten en gebruikers te leggen, dat kost veel tijd en is ingewikkeld, maar het is zeer de moeite waard. De

contacten met belangenorganisaties zijn van groot belang - daar worden beleidslijnen uitgezet -, maar de contacten met individuen leveren de inkleuring op en verdiepen het plaatje. Bij mijn aantreden was de taxi-bus een behoorlijk probleem: mensen stonden vaak een uur te wachten in de regen. Nu is dat goed geregeld, er is een duidelijk contract afgesloten en het werkt."

"Waar we erg aan moeten wennen, is dat we meer geld kunnen uitgeven dan vroeger. Den Haag heeft jarenlang bezuinigingsronden achter de rug, in bezuinigen waren we erg goed. Maar meer geld uitgeven, dat hebben we moeten leren. Als je geld hebt voor nieuwe voorzieningen, moet ook de uitvoeringsorganisatie daarop worden afgestemd. Wat heb je aan een prachtige rolstoel als je er anderhalf jaar op moet wachten? Dan is er misschien al zoveel veranderd dat je hem niet langer nodig hebt."

#### GGD

"De Inspectie heeft vier jaar geleden ernstige kritiek uitgebracht op onze GGD. Onder leiding van een nieuwe directeur gaat er nu een frisse wind door de dienst, de kwaliteit is flink omhoog gegaan. Het personeel bij de ambulancedienst doet ongelooflijk zijn best en de aanrijtijden zijn goed. In de Colensostraat is een advies- en meldpunt 'Vangnet Zorg en Advies' van de grond gekomen, voor mensen die dringend zorg nodig hebben maar deze zelf niet kunnen of willen zoeken. Denk aan mensen die (dreigen te) vervuilen, mensen met psychische of verslavingsproblemen. Na melding bij de GGD wordt geprobeerd met de juiste instanties een passende oplossing te vinden. We hebben zelfs een compliment gekregen van de Inspectie. Verder wordt er hard gewerkt aan meningokokken-C vaccinatie. Ik ben trots op onze GGD-ers!"

#### Maatschappelijke opvang

"We hebben eindelijk meer geld gekregen voor de opvang van dak- en thuislozen. We kunnen nu het werk voor deze doelgroep een behoorlijke impuls geven. Doorstroming is belangrijk: als je mensen aan huisvesting en bezigheden kunt helpen, ontstaat er ruimte om weer andere mensen te helpen. Ik streef naar één loket. Ik wil het geld niet uitsluitend stoppen in vergroting van het volume, maar vooral in verhoging van de kwaliteit. Onze eigen inspectie heeft een kijkje genomen en treurige toestanden aangetroffen. Ik kan invloed uitoefenen op de organisaties die subsidie ontvangen, zoals de Kessler Stichting, waar overi-

***“Contacten met individuen leveren inkleuring en verdieping op”***

gens de moeilijkste groepen worden opgevangen. Maar als we kritiek hebben op organisaties waar we geen subsidieband mee hebben, is het ingewikkelder om bij te sturen.”

#### Vrijwilligers

“Ik zeg altijd: ‘Vrijwilligers zorgen voor het plaksel in de samenleving.’ Ze dragen bij aan de kwaliteit van leven. Ik was heel blij met het Internationaal Jaar van de Vrijwilliger; het is goed dat er erkenning is. Dat geldt niet alleen voor de zorg, ook in sport en cultuur is er bijna geen sector die niet drijft op vrijwilligers. We hebben nu het Haags Ondersteuningspunt Vrijwilligers aan de Riviervismarkt. Daar is deskundigheid: hoe recruteer je vrijwilligers, hoe houd je ze vast. Er is geld voor cadeautjes, uitjes, er zijn speciale projecten voor jonge vrijwilligers. In 2001 is Den Haag uitgeroepen tot beste gemeente voor vrijwilligers. Mogen we ook wel eens trots op zijn, maar het betekent niet dat er geen inspanningen meer nodig zijn. Je moet uitstralen dat je vrijwilligerswerk waardeert.” Zonder adempauze vervolgt ze:

“Uitbreiding van de steun aan mantelzorgers is een nieuw speerpunt. Mantelzorgers zijn bijzondere vrijwilligers, zij nemen tijdelijk de verantwoordelijkheid op zich voor degene die ze verzorgen. Daar hebben we steunpunten voor opgericht. We bieden steun op twee manieren. Er is steun bij aanvragen, verstrekkingen volgens de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en dergelijke. En we bieden respijtzorg, dat wil zeggen dat de mantelzorger er eens tussenuit kan doordat een andere vrijwilliger het een paar dagen overneemt of doordat de verzorgde tijdelijk wordt opgenomen. Dat is een structurele voorziening geworden.”

#### Parnassia

“Ik heb de hoop uitgesproken dat de fusie van de GGZ-instellingen vruchten zal afwerpen. Als ik IBS-dienst heb (in bewaring stellen van mensen), kan er altijd nog een plekje voor de betreffende mensen worden gevonden. Van mijn collega's in de andere grote steden hoor ik dat mensen in een cel terechtkomen, mede doordat de organisaties elkaar beconcurreren in plaats van samen te werken. Dan hebben we het in Den Haag goed getroffen. Ook op het terrein van drugs- en verslavingsproblematiek is meer samenwerking waar dat in andere steden heel ongecoördineerd gaat.”

#### De komende periode

*Hoe ziet je beleid voor de komende vier jaar eruit?*

“De wensen uit de nota ‘Op uw gezondheid’ zijn redelijk vervuld. Ik ga niet een nieuwe nota schrijven, maar wel de zaak updaten. We gaan de gezondheidsmonitor goed gebruiken, ik wil dat die elke vier jaar verschijnt. Alloctonen verdienen vanwege de grote verschillen in gezondheid speciale aandacht. In vier wijken gaan we met concrete projecten van start om de gezondheidsverschillen terug te dringen. Preventie door middel van GVO. We willen mensen aantrekken met eigen ervaringen. Het maakt veel meer indruk wanneer iemand met een afgerukte arm vertelt hoe dom het is om met vuurwerk te stunten dan wanneer een volwassene uitlegt waarom je zo voorzichtig moet zijn. Of een moeder van 18 die vertelt wat het voor je leven betekent om op je 15de een kind te krijgen. Dat helpt meer dan een wethouder die benadrukt dat je veilig moet vrijen. Zo komt er ook het project zelfmoord onder jongeren.

Verder ben ik erg blij met onze public health benadering. Het gaat ook om omgevingsfactoren als verkeer, wonen en onderwijs. De woonzorgzone in Moerwijk voer ik uit samen met mijn collega Hilhorst. Dat geldt ook voor specifieke aspecten bij gehandicapten, rolstoeltoegankelijkheid. We treffen bijvoorbeeld in Ypenburg nieuwbouw aan met bordesjes van vier treden, leuk ideeetje van een creatieve architect. ‘Hoe komen gehandicapten hier binnen? is er een achterom?’ vragen we dan. In Wateringse Veld (van meet af aan Haags, *auteurs*) zul je zoiets niet aantreffen. Ik zal mijn andere partners er steeds van moeten overtuigen dat je op die manier op middellange termijn aan kapitaalvernietiging doet.”

***“Ik wil het geld niet uitsluitend stoppen in vergroting van het volume, maar vooral in verhoging van de kwaliteit”***

“De verbazing dat je uit het hele land deskundigen en zwaargewichten om de tafel krijgt, heb ik nu niet meer. Ik raak verwend, merk ik. De eerste tweeënhalf jaar had ik nodig om mijn rollen te leren spelen en combineren. Ik ben volksvertegenwoordiger en beheerwethouder van de dienst OCW, een groot ambtelijk apparaat. Landelijk ben ik partner van het ministerie. En er zijn nog andere functies, zo ben ik bijvoorbeeld voorzitter van de commissie Welzijn en Volksgezondheid van de VNG. Je leert met welke organisaties en personen je afspraken kunt maken en met welke niet. Ik wil verder, dus die laatste laat ik links liggen.”



### Heroïneverstrekking

Daar willen we natuurlijk meer van weten: *Kun je een voorbeeld noemen van iets dat moeizaam is gegaan? Ze denkt even diep na.*

“De heroïneverstrekking-op-medische indicatie. Er ontstaat een sterk NIMBY-effect (not in my back yard, *auteurs*). Ik heb geweldig moeten praten, bewoners van de Notenbuurt kwamen in het geweer; dezelfde bewoners zijn nu zeer constructief. Bij de gedecentraliseerde methadonverstrekking zie je hetzelfde gebeuren. Mensen zijn heel erg bereid om mee te denken.

Als ik op een gegeven

moment aankondig: ‘We hebben dit of dat pandje,’ zijn er altijd mensen in de straat die roepen: ‘OK, laat maar komen.’ Maar er zijn er ook altijd die liever een

andere oplossing zien: ‘Nee, koopt u dit pandje maar niet.’ Uiteindelijk ben ik de wethouder, ik hak de knopen door. Als we een beslissing hebben genomen, kunnen we achteraf altijd nog aanpassingen doen. Maar we moeten natuurlijk wel verder.”

**“Een moeder van achttien die vertelt wat het voor je leven betekent om op je vijftiende een kind te krijgen helpt meer dan een wethouder die benadrukt dat je veilig moet vrijen”**

### Indicatiestelling

Hoe gaat het met de Indicatiestellingen?

“Het Indicatie Orgaan (IO) is een onafhankelijke stichting, die indicaties (voor de toegang tot zorg, *auteurs*) inkoopt bij de GGD. Ik zou graag zien dat er een geïntegreerde indicatiestelling komt, het liefst ook samen met de WVG. De achterstanden zijn vooral een gevolg van personeelsproblemen; ook de feitelijke hulp heeft daarmee te kampen. De babyboomgeneratie vergrijsst, het warme wij-gevoel verdwijnt. Het pompen van geld heeft niet voldoende effect. Verpleging bijvoorbeeld is een volstrekt ondergewaardeerd beroep: dat krijg je niet alleen weg met meer geld, er zijn landelijke campagnes nodig om het imago te verbeteren.”

### Regierol

Hoe zit het met de regierol in de gezondheidszorg?

“Op dit moment ontbreekt de regie op lokaal niveau. Iedereen wijst naar elkaar. Er is een impasse: de verzekeraars zeggen het niet te kunnen. Een van de Haagse verzekeraars werft zijn klanten landelijk. Wanneer ik als plaatselijk wethouder iets vraag, zeggen ze dat het landelijk niet mogelijk is om zoiets uit te voeren. De marktwerking krijgt te maken met zoveel restricties dat het geen marktwerking meer is. Wat mij betreft krijgen de zorgvragers het heft in handen, bijvoor-

beeld met hulp van een persoonsgebonden budget. Ik hoop dat met het grote-stedenbeleid meer geld naar gemeenten gaat om te kunnen registreren. Ik wil niet met boetes werken, maar

proberen om de neuzen dezelfde kant op te krijgen met stimuleringsimpulsen, dus positieve beloning voor adequate samenwerking of bijzondere innovatie. Maar ik heb nu de instrumenten en financiële mogelijkheden niet om een regierol te vervullen.”

### Huisartsen

Een Haagse wethouder van gezondheidszorg kan natuurlijk niet om het probleem van uitdunnende huisartsen heen.

*Wat vind je van de problemen met de Piuskerk? (een beoogde accommodatie voor een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, auteurs)*

“Huisartsen, verzekeraars, projectontwikkelaar en gemeente zijn druk bezig om een goede invulling voor de Piuskerk te creëren. We zijn allemaal van goeie wil en ik ga ervan uit dat het lukt, want het is belangrijk dat de huisartsen in Zuid-West behoorlijke huisvesting krijgen.”

Ze vertrekt haastig, de tandem wacht al een tijdje.

# De drugscene in de Haagse Stationsbuurt, rondom pand Zieken 107

*A.F.T. Bloemendaal, V.M. Hendriks*

In 'het Zieken', een pand op nummer 107 aan de gelijknamige straat in het centrum van Den Haag, wordt al sinds het begin van de jaren zeventig hulp verstrekt aan verslaafden. Mede door reorganisaties kwam het gebouw eind jaren negentig gedeeltelijk leeg te staan, alleen het straathoekwerk was er nog gevestigd. Vanwege de lokatie, dichtbij de doelgroep, wilden hulp- en dienstverlenende instanties in Den Haag het pand graag voor de verslavingszorg behouden. De vraag was echter met welk aanbod: aan wat voor aanbod bestaat behoefte bij de in deze buurt bivakkerende harddruggebruikers en bij de hulpverleners die er werken?

In 1998 werden de krachten gebundeld in een projectgroep met onder andere Parnassia Verslavingszorg, GGD, politie Haaglanden en de gebruikersbelangenvereniging Stichting Drugpunt Den Haag. Onderwerp van discussie was met name de wenselijkheid en haalbaarheid van een gebundeld aanbod in het pand. Ook de gemeente Den Haag, wijkbewoners en de plaatselijke middenstand werden bij het overleg betrokken. Het streven was door het samenbrengen van uiteenlopende functies in het Zieken - zoals een dagprogramma voor harddruggebruikers, maatschappelijk werk, outreach preventiewerk<sup>1)</sup> en inloopsprekuren -, te komen tot een 'ketenbenadering van laagdrempelige zorg'. Dit zowel voor individuele als specifieke groepen verslaafden (bijvoorbeeld vrouwen en allochtonen).

Na een uitgebreide verbouwing opende het Zieken op 4 september 2000 opnieuw haar deuren.

Tegen deze achtergrond van nog te maken keuzes en uiteenlopende opties met betrekking tot de verdere bestemming van het Zieken werd vanaf voorjaar 2001 een inventariserend onderzoek verricht onder de harddruggebruikers en hun omgeving. In onderstaand artikel de resultaten hiervan.

## Onderzoek

De gemeente verzocht het PARC, de onderzoeksafdeling van het Circuit Verslavingszorg van psychomedisch centrum Parnassia, een inventariserend onderzoek te verrichten. Doel van het onderzoek was de ideeën en wensen in kaart te brengen van zowel de (in)direct bij het Zieken betrokken partijen - zoals verslavingszorg, GGD, Drugpunt en wijkbewoners - als van de uiteindelijke doelgroep van het Zieken: de harddruggebruikers in het centrum. Dit resulteerde in een onderzoeksopzet met twee populaties: sleutelpersonen en harddruggebruikers.

Centrale vragen bij het onderzoek waren:

- Op welke wijze worden het druggebruik en de gevolgen hiervan in de wijk ervaren door direct en indirect bij het Zieken betrokken partijen ('sleutelfigurenonderzoek')?
- Wat zijn de achtergrond- en verslavingskenmerken, ervaren (dagelijkse) problemen, huidige zorgconsumptie en hulpbehoefte bij harddruggebruikers in de Stationsbuurt e.o. ('harddruggebruikersonderzoek')?
- Wat zijn de ideeën, wensen en verwachtingen ten aanzien van verdere invulling van de verslavingszorgfunctie van het Zieken ('sleutelfiguren- en harddruggebruikersonderzoek')?

## Onderzoeksopzet

De onderzoeksgegevens zijn via interviews verzameld. Voor beide onderzoekspopulaties zijn afzonderlijke interviewschema's ontwikkeld.

De onderzoeker interviewde de sleutelpersonen aan de hand van een topiclijst met als belangrijkste thema's: het fenomeen drugs/druggebruikers in de wijk, de consequenties hiervan in de wijk, mogelijke oplossingen voor gesignaleerde problemen en de mogelijke

1) Het outreachwerk wordt gekenmerkt door het op zoek gaan naar de verslaafden in hun eigen omgeving en het trachten hen te stimuleren tot gezondheidsbevorderende activiteiten of tot het oplossen van problemen door het vragen van professionele hulp.

Over de auteurs:

Drs. A.F.T. Bloemendaal, psycholoog, ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), momenteel werkzaam bij de afdeling Dubbele Problematiek (psychiatrische - en verslavingsproblematiek), eveneens onderdeel van Parnassia psycho-medisch centrum in Den Haag, en dr. V.M. Hendriks, psycholoog, hoofd van het Parnassia Addiction Research Centre (PARC).



rol van het Zieken bij de gesignaleerde problemen. Bij de harddruggebruikers nam een veldwerker semi-structureerde interviews af met overwegend gesloten en enkele open vragen. De interviewer informeerde naar demografische gegevens, alcohol- en druggebruik, zorgconsumptie, zorgbehoefte en (in open en gesloten vragen) naar de ideeën van de gebruiker over de invulling van het Zieken. Bij dit laatste thema werd de gebruiker ook gevraagd zijn/haar mening te geven over de voorstellen die de sleutelpersonen eerder hadden gedaan met betrekking tot de invulling van het Zieken.

De interviews met sleutelpersonen zijn opgenomen op een minidisc, en vervolgens door de onderzoeker en de veldwerker samen geanalyseerd op inhoud. Gespreksfragmenten en -notities werden gecategoriseerd en gecodeerd in een (gaandeweg groeiend) codeschema, met als leidraad de relevante onderzoeksvragen.

De interviews met harddruggebruikers zijn niet opgenomen om het risico op weigering van deelname zoveel mogelijk te beperken. De antwoorden op de open vragen werden tijdens en meteen na het interview genoteerd op het formulier waarop ook de gesloten vragen werden ingevuld; bijzonderheden werden als veldnotities vermeld.

Aan het sleutelfigurenonderzoek deden in het voorjaar van 2001 in totaal negen vertegenwoordigers van instellingen mee, en wel namens het GGD-casemanagement, Parnassia Outreach, Parnassia Verslavingszorg, de Stichting Drugpunt Den Haag, het Leger des Heils, de Stichting Straatategie, het Huiskamer Aanloop Jeugdprostitutieproject, politie Haaglanden en de gemeente Den Haag, alle organisaties die vanuit uiteenlopende invalshoeken bemoeienis hebben met harddruggebruikers, of die directe zorg en begeleiding bieden.

Voor het harddruggebruikersonderzoek zijn in de zomer van 2001 zestig harddruggebruikers geïnterviewd. Zij werden door een veldwerker in en in de directe omgeving van de Stationsbuurt geworven. Om voor deelname aan het onderzoek in aanmerking te komen moest de harddruggebruiker actief harddrugs

gebruiken ('bijna dagelijks' gebruik) en in de Stationsbuurt e.o. zijn/haar woon- of verblijfplaats hebben, of zich er bijna dagelijks ophouden met als doel drugs te verkopen, te verkrijgen en/of te gebruiken.

De steekproef werd samengesteld via de zogenaamde snowball sampling methode<sup>2)</sup>. In onderzoek naar fenomenen (bijvoorbeeld harddruggebruik) binnen een in veel gevallen "hidden" populatie is snowball sampling een veel gebruikte methode. In het onderhavige onderzoek werd gestreefd naar een zo representatief mogelijke steekproef door diverse subgroepen te benaderen en de in de snowball sampling genomineerde personen zoveel mogelijk willekeurig te selecteren voor deelname (1).

### Resultaten

Hieronder worden de resultaten uit het harddruggebruikersonderzoek en het sleutelfigurenonderzoek steeds per thema in aparte subparagrafen weergegeven.

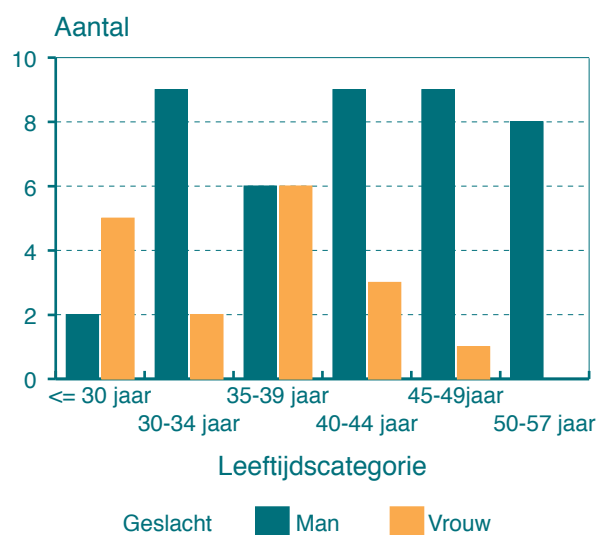
#### Sociaal-demografische kenmerken

##### Harddruggebruikers

De leeftijd- en geslachtverdeling van de 60 harddruggebruikers is weergegeven in figuur 1. Het merendeel

**Figuur 1.**

*Leeftijd- en geslachtverdeling van de harddruggebruikers in absolute aantallen. Den Haag 2001.*



2) Snowball sampling is een methode waarbij nieuwe respondenten worden geworven in een proces van doorlopende verwijzing/ nominatie van nieuwe personen door reeds bekende respondenten. Het proces begint met één of meerdere personen van wie bekend is dat ze aan een bepaald criterium voldoen (bijvoorbeeld 'actief cocaïne gebruiker'). Deze personen worden benaderd voor deelname aan het onderzoek en daarna gevraagd mensen te nomineren of de onderzoeker te introduceren bij personen waarvan zij weten dat deze aan dezelfde criteria voldoen. Op deze manier wordt de steekproef steeds groter door het benutten van de sociale contacten en netwerken van de druggebruiker. Voor een zo representatief mogelijke steekproef is het van belang dat de 'startpunten' van de keten aselekt worden gekozen en dat tijdens het proces ervoor wordt gewaakt dat niet een deelpopulatie wordt over- of ondervetegenwoordigd.

van de harddruggebruikers in de onderzoeksgroep is man (man/vrouw verhouding: 2,5 : 1). De gemiddelde leeftijd van de mannen is hoger dan die van de vrouwen, respectievelijk 41 en 35 jaar. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt doordat er, binnen deze populatie, in vergelijking tot de vrouwen meer mannen veertig jaar of ouder zijn: van de mannen is 56% boven de veertig en bij de vrouwen is dit 18%.

De overige sociaal-demografische kenmerken staan in tabel 1 weergegeven.

Ruim de helft van de harddruggebruikers (60%) geeft aan in etnisch of cultureel opzicht de Nederlandse identiteit te hebben. (Hierbij gaat het dus niet om de nationaliteit van de harddruggebruikers.) Binnen de groep niet-Nederlanders is de helft Surinamer. In de leeftijdsgroep 45 jaar en ouder zien we uitsluitend Surinamers en Nederlanders.

Ongeveer eenderde van de steekproef geeft aan in de maand voorafgaand aan het onderzoek alleen te hebben gewoond, ongeveer een even groot deel woonde bij familie of vrienden, een kleine groep (13%) leefde met partner/kinder(en). De overige leefsituaties zijn ondergebracht in een groep 'anders' of 'wisselend'. Binnen de eerste categorie valt feitelijke dakloosheid. Van de harddruggebruikers geeft een klein deel aan een wisselende leefsituatie te hebben gehad in de afgelopen maand (zoals de slaapvoorzieningen van de Kessler Stichting en het Leger des Heils).

Bijna tweederde heeft alleen lager onderwijs (basis-school, lager beroepsonderwijs of gelijkwaardige opleiding) gehad, 20% van de respondenten heeft

middelbaar onderwijs (MAVO, HAVO, middelbaar beroepsonderwijs of gelijkwaardig) gehad en een zesde hoger onderwijs (VWO, hoger beroepsonderwijs of gelijkwaardig). Hierbij is niet vastgesteld of de opleiding succesvol is afgesloten met een diploma.

### Sleutelpersonen

Gevraagd naar de geschatte omvang van het aantal gebruikers in de Stationsbuurt e.o., rapporteerden de sleutelpersonen zeer uiteenlopende aantallen (50 – 400 unieke personen). De meeste bronnen gaven aan dat de groep in meerderheid bestaat uit allochtonen, voornamelijk Surinamers en Marokkanen. Eén bron schatte dat 60-70% van de gebruikers autochtoon is. Geschat werd dat een groot deel (ca. 70%) van de gebruikers dak- of thuisloos is. Dit betekent overigens niet dat al deze mensen op straat leven. Men gaf aan dat een deel van de als dak- of thuisloos bekend staande gebruikers bij iemand anders slaapt of inwoont, maar wel een daklozenuitkering ontvangt.

### Zorgconsumptie

#### Harddruggebruikers

De harddruggebruikers hebben aangegeven hoeveel dagen van het afgelopen jaar ze gebruik hebben gemaakt van de verschillende instanties. In figuur 2 zijn de percentages harddruggebruikers weergegeven die ten minste een keer per week gebruik maakten van de desbetreffende voorziening in het afgelopen jaar.

Bijna de helft van de harddruggebruikers krijgt (ten minste) wekelijks methadon verstrekt in een metha-

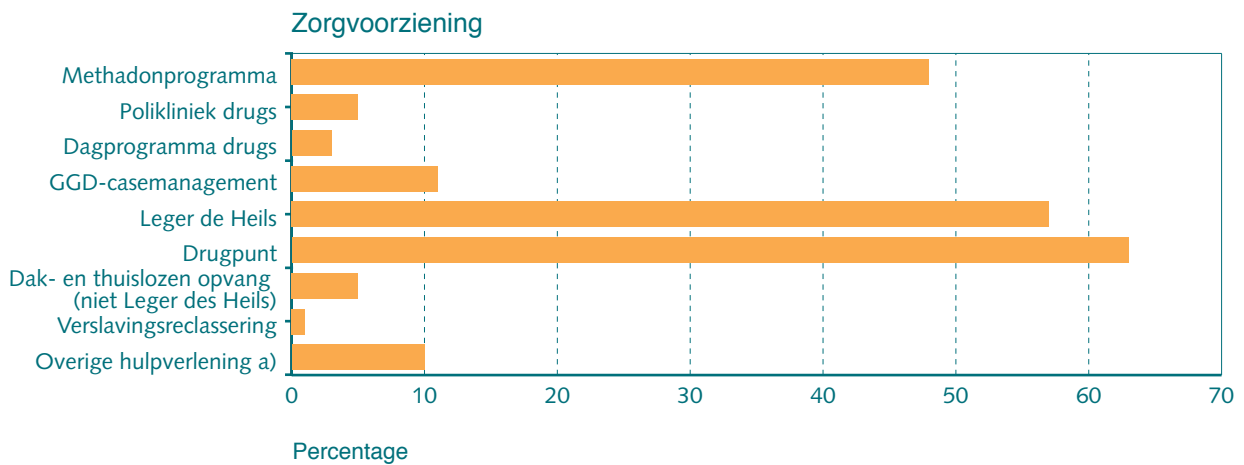
**Tabel 1.**

*Procentuele verdeling van enkele sociaal-demografische kenmerken van de harddruggebruikers. Den Haag 2001.*

Sociaal-demografisch kenmerk		%
Etnische herkomst (N=58)	Autochtoon	60%
	Allochtoon	40%
Leefsituatie (N=60)	Alleen	30%
	Bij vrienden/vriendinnen	18%
	Met partner/kind(eren)	13%
	Bij familie	10%
	Wisselende leefsituaties	5%
	Anders	24%
Opleidingsniveau (N=60)	Lager onderwijs	63%
	Middelbaar onderwijs	20%
	Hoger onderwijs	17%

**Figuur 2 .**

Zorgconsumptie (ten minste een keer per week) van harddruggebruikers in het afgelopen jaar naar type voorziening in percentages (N=60). Den Haag 2001.



a) Hieronder vallen onder meer de klinische (opname) programma's van Parnassia, en deelnemers aan het onderzoek naar Heroïne op Medisch Voorschrift.

donprogramma. Ruim de helft gaf aan in het voorafgaande jaar ten minste iedere week gebruik te hebben gemaakt van de twee dagopvangmogelijkheden in de Stationsbuurt e.o., het Leger des Heils en de huiskamer van Drugpunt.

Van de onderzoeksgroep heeft driekwart, ongeacht de intensiteit van behandeling, hulpverleningscontacten gehad met de verslavingszorg en/of het GGD-case-management.

#### Alcohol- en druggebruik

##### Harddruggebruikers

In tabel 2 is een overzicht weergegeven van het alcohol- en druggebruik van de harddruggebruikers in de dertig dagen voorafgaand aan het interview.

Voor alle middelen geldt dat gebruik is gedefinieerd als: ten minste één maal gebruikt in de maand voorafgaand aan het interview inclusief de dag dat het interview plaatsvond.

In totaal had 85% van de harddruggebruikers in de afgelopen maand ten minste één dag base-cocaïne gebruikt. Van deze groep had driekwart (39 personen)

**Tabel 2.**

Alcohol- en druggebruik van de harddruggebruikers in de afgelopen maand (N=60). Den Haag, 2001.

Middel	Gebruik afgelopen maand	Gemiddeld aantal dagen bij gebruik van het desbetreffende middel	Gemiddelde hoeveelheid per dag bij gebruik van het desbetreffende middel
Alcohol	67%	17	6,7 glazen <sup>a)</sup>
Methadon	55%	28	60,9 mg
Heroïne	67%	25	0,97 gram
Cocaïne-base <sup>b)</sup>	85%	25	1,33 gram
Cocaïne-HCl <sup>c)</sup>	5%	11	1,0 gram
Benzodiazepine	57%	19	5,9 pillen
Amfetamine	5%	11	2,4 gram

a) De hoeveelheid alcohol is uitgedrukt in standaardglazen (bijv. 0,2 dl bier en 0,02 dl sterke drank).

b) Dit is de rookbare vorm van cocaïne, ook wel 'base-coke' en 'gekookte coke' genoemd.

c) Dit is de oplosbare (poeder)vorm van cocaïne, ook wel 'rauwe coke' en 'ongekookte coke' genoemd.

iedere dag dit middel gebruikt. De gemiddelde hoeveelheid was ruim één gram base-cocaïne per dag (14% van de groep base-cocaïnegebruikers nam meer dan 2 gram per dag).

Tweederde van de harddruggebruikers in de steekproef gaf aan in de afgelopen maand alcohol te hebben gebruikt. Een even grote groep gebruikte heroïne. Ruim de helft van de harddruggebruikers nam benzodiazepines (slaap-/kalmerings middel) en ongeveer de helft methadon. In veel mindere mate werden cocaïne-HCl (dit is de oplosbare en dus injecteerbare of snuifbare vorm van cocaïne), en amfetaminen gebruikt (in beide gevallen betrof het drie personen). Niet opgenomen in de tabel, maar toch vermeldenswaard is dat bijna de hele steekproef (93%) meer dan één middel heeft gebruikt in de afgelopen maand. Gebruikte men één middel dan was dat vrijwel altijd base-cocaïne.

De harddruggebruikers is voorts gevraagd het belangrijkste middel aan te geven (het middel dat zij als het meest problematisch ervaren). Vier harddruggebruikers konden geen primair middel benoemen. Het grootste deel van de groep harddruggebruikers (45%) gaf base-cocaïne aan als belangrijkste middel, gevolgd door heroïne (33%) en methadon (10%). Van degenen die base-cocaïne als het primaire middel noemden heeft 30% in het afgelopen jaar geen gebruik gemaakt van het aanbod van de verslavingszorg/GGD-casemanagement. Dit 'niet gebruik' ligt hoger dan bij de groep die opiaten als belangrijkste middel naar voren schoof (primair middel heroïne 15%).

### Sleutelpersonen

Aan de sleutelpersonen werd gevraagd naar hun indruk van wat de harddruggebruikers het meest gebruiken, en of ze aanwijzingen hebben dat er verschillende scènes zijn binnen de drugscene. Men gaf aan dat men de indruk heeft dat base-cocaïne het primaire middel is en dat het gebruik nog steeds toeneemt. Men schatte dat 70-80% van de populatie harddruggebruikers regelmatig dit middel gebruikt. Ook had men de indruk dat het overgrote deel van de gebruikers base-cocaïne combineert met andere middelen, soms alleen om de werking van base-cocaïne te dempen (hiervoor worden bijvoorbeeld alcohol, benzodiazepines of heroïne gebruikt). De sleutelpersonen vertelden dat door de eigenschappen van base-cocaïne (er is geen satisfactiepunt, het gebruiken veroorzaakt juist een toenemende trek), en de uitwerking (sommige gebruikers worden agressief door paranoïde gedachten en hallucinaties) de sfeer in de scene harder en agressiever is geworden.

Twee bronnen gaven aan dat er naast de hierboven beschreven scene nog een andere, minder gemarginaliseerde, groep gebruikers is. Bij deze gebruikers is het hoofdmiddel niet base-cocaïne maar amfetamine (speed). Men verklaarde dat dit voornamelijk de wat oudere gebruikers (veertigplussers) betreft. Kenmerkend voor hen is, dat het meestal gaat om zelfstandig wonende, rustige gebruikers met weinig crimineel gedrag. De sleutelpersonen gaven hiervoor als redenen aan dat speed relatief goedkoop is, ongeveer 25 gulden (€ 12) per gram (in tegenstelling tot bijv. 40-80 gulden (€ 20-40) per gram base-cocaïne) en dat er binnen deze groep weinig andere drugs worden gebruikt. Men veronderstelde dat dit druggebruik betaald kan worden van een uitkering of baan, zonder (grote) schulden te veroorzaken of te noodzaken tot stelen.

### Scoren, kopen en gebruiken van drugs Harddruggebruikers

De meest gebruikte wijze om drugs te kopen is via een vaste dealer. Dit is het geval voor ruim de helft van de harddruggebruikers (63%), op gemiddeld ruim 28 dagen in de voorafgaande maand. Van de aankoop bij een vaste straatdealer vindt het overgrote deel (96%) plaats in de Stationsbuurt. Van de harddruggebruikers die aangaven bij een vaste dealer op een adres drugs te kopen (20%), vertelde tweederde dat dit adres zich in de wijk bevindt. Ruim 40% van de harddruggebruikers heeft (ook) gebruik gemaakt van wisselende dealers. Als de drugshandel op straat gebeurt, vindt opnieuw het grootste deel (90%) plaats in de Stationsbuurt. Als het ging om wisselende dealers op een adres, gaven de betreffende harddruggebruikers aan dat 80% plaatsvindt op één of meerdere adressen in de wijk de Stationsbuurt. Van de andere wijze van verkrijgen van drugs (zoals het afleveren van drugs bij de gebruiker thuis), vindt de helft van de aankopen plaats in de wijk.

In het onderstaande overzicht wordt het gemiddeld aantal uren per dag weergegeven, in de maand voorafgaand aan het interview, dat de respondent bezig is geweest met scoren, kopen en gebruiken van drugs.

Scoren	4,8 uren/dag
Gebruiken	2,5 uren/dag
Kopen	0,9 uren/dag

Zoals het overzicht laat zien, gaven de harddruggebruikers aan gemiddeld de meeste uren bezig te zijn met scoren (hiermee worden alle handelingen bedoeld

om geld voor drugs te verkrijgen, dus niet alleen criminaliteit, maar ook bijvoorbeeld bedelen). Het gebruiken van drugs neemt gemiddeld per dag 2,5 uur in beslag, en het kopen van de drugs iets minder dan één uur per dag. Met het kopen van drugs wordt in dit verband bedoeld, de duur van alle handelingen vanaf het moment van contact met de dealer tot aan het daadwerkelijk in handen hebben van de drugs. Op de vraag hoeveel procent van de dag de respondent bezig is geweest met drugs in de afgelopen maand, antwoordde één derde van de steekproef: 100%.

### Sleutelpersonen

Enkele bronnen gaven aan dat de drugshandel van de doelgroep van het huidige onderzoek voor het grootste gedeelte op straat gebeurt. Van deze straathandel vindt volgens hen ruim 90% plaats in de Stationsbuurt. Voorts gaven deze bronnen aan dat de handel voor het grootste deel in handen zou zijn van Antilliaanse en (jonge) Marokkaanse mannen. De rol van de Surinamers en de autochtone Nederlanders beperkt zich, volgens de sleutelpersonen, tot het gebruiken van drugs. Vrijwel alle handel is de laatste jaren verschoven van dealpanden naar wat zich laat omschrijven als 'mobiele handel'. Hiermee bedoelen de sleutelpersonen dat na een telefonische afspraak (maar dat is niet noodzakelijk) per scooter de drugs op de afgesproken plaats worden geleverd. Deze vorm van handel verschilt sterk in vergelijking met handel vanuit zogenaamde drugspanden. De mobiele drugshandel gaat veel sneller. De sleutelpersonen rapporteerden dat deze vorm van drugshandel veel oncontroleerder is en bij de gebruikers voor veel onrust en gejaagdheid zorgt.

### Sfeer in de drugscene

#### Harddruggebruikers

De harddruggebruikers hebben in een open vraag aangegeven wat zij vinden van de huidige sfeer in de drugscene (figuur 3).

Meer dan de helft van de harddruggebruikers gaf aan de sfeer in de drugscene in de Stationsbuurt e.o. als agressief en gevaarlijk te beschouwen. Eenderde vond de drugscene (daarnaast) ook nog onbetrouwbaar. Ongeveer één vijfde van de harddruggebruikers was daarentegen van mening dat de drugscene rustig is.

### Aard van dagelijks ervaren problemen

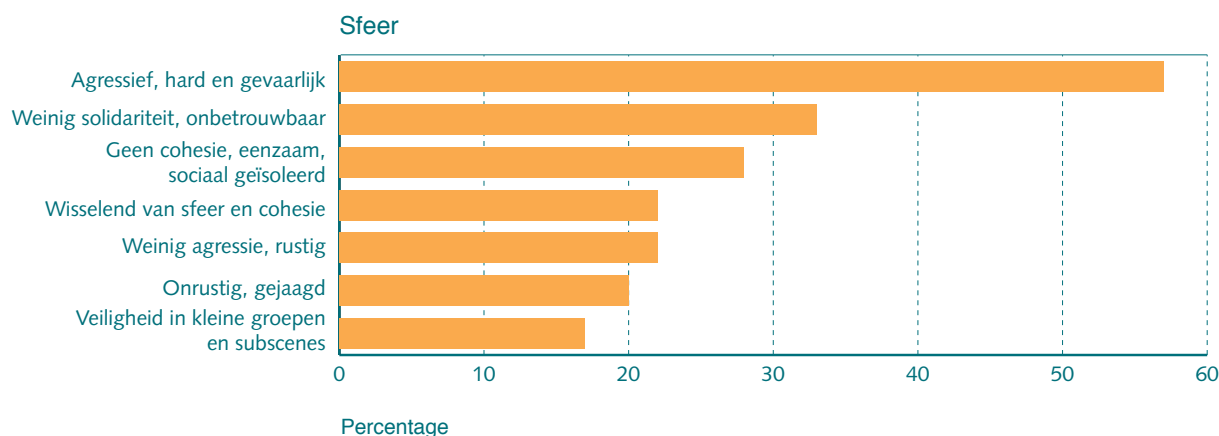
#### Harddruggebruikers

Bij de grootste problemen die harddruggebruikers ervaren in hun dagelijks leven konden maximaal vijf probleemgebieden worden aangegeven (tabel 3).

Uit tabel 3 blijkt dat meer dan de helft van de zelfgerapporteerde problemen niet direct met de drugs zelf te maken heeft, maar betrekking heeft op (het niet kunnen vervullen van) basale levensbehoeften. De helft van de geïnterviewden heeft psychische en emotionele klachten. Op de derde plaats komt het probleem van het betalen voor de drugs. Deze drie categorieën worden door een groot deel van de harddruggebruikers genoemd. In mindere mate worden fysieke klachten van druggebruik (zoals ontweningsverschijnselen) en het sterk verlangen naar drugs ('craving') als dagelijks probleem genoemd. Problemen met verwervingsactiviteiten en problemen met politie en/of justitie (gevangenisstraffen, het krijgen van procesverbalen, maar ook problemen met het

**Figuur 3.**

*Omschrijvingen van de harddruggebruikers van de sfeer in de drugscene in percentages (combinaties mogelijk) (N=60). Den Haag 2001.*



**Tabel 3.**

Door harddruggebruikers subjectief ervaren problemen in het dagelijkse leven (N=60) Den Haag, 2001.

Ervaren probleem	Percentage
Niet voorzien in (basale) levensbehoeften <sup>a)</sup>	53%
Psychische en/of sociale problemen <sup>b)</sup>	50%
Geen geld voor drugs	38%
Fysieke klachten van druggebruik	18%
Gebruiken van/ verlangen naar drugs	15%
Problemen met verwervingsactiviteiten <sup>c)</sup>	12%
Problemen met justitie en/of politie	10%
Verlangen naar clean zijn	8%
Geen plek om te gebruiken	8%
Financiële problemen, schulden en boetes	8%
Kwaliteit van de drugs	3%

a) Hieronder vallen onder meer huisvestingsproblemen, zoals dakloosheid en een slechte persoonlijke verzorging.

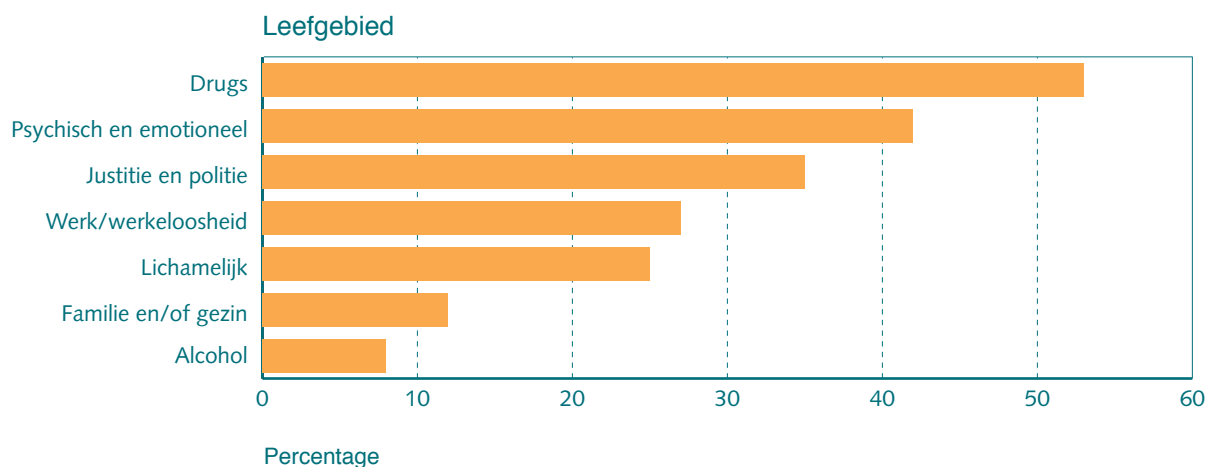
b) Binnen deze categorie vallen o.a. depressieve klachten, schuldgevoelens, vereenzaming en angstklachten.

c) Hierbij zijn vaak een hekel hebben aan het stelen en lastige klanten (bij de prostituees) genoemd.

beleid in het door de gemeente ingestelde noodgebied in een deel van de Stationsbuurt) zijn in beide gevallen voor ongeveer 10% van de steekproef een dagelijks probleem. Het verlangen naar clean zijn, geen plaats hebben om rustig te gebruiken en financiële problemen worden door minder dan 10% van de steekproef als dagelijks probleem ervaren. In Den Haag blijkt de kwaliteit van de drugs weinig problemen te veroorzaken bij de harddruggebruikers.

**Figuur 4.**

Ervaren hulpbehoefte van harddruggebruikers op diverse leefgebieden in percentages, combinaties mogelijk (N=60) Den Haag 2001.



### Sleutelpersonen

Gevraagd naar hun indruk ten aanzien van de grootste problemen die druggebruikers in hun dagelijkse leven ervaren, wezen de sleutelpersonen op de volgende (recente) ontwikkelingen. Vanwege het ontbreken van drugsbanden en het ontbreken van een gebruikersruimte worden, volgens enkele sleutelpersonen, veel drugs op straat gebruikt. Dit openbare gebruik veroorzaakt veel zichtbare overlast. Niet alleen door de rommel op straat, maar ook door het straatbeeld. Er hangen nogal wat mensen rond en er wordt in portieken gebruikt. De sleutelpersonen omschreven dit als verloederend en intimiderend. Door het ingestelde noodgebied heeft de politie meer bevoegdheden met betrekking tot overlastgevende personen. Zo zijn samenscholingen verboden en mag er niet worden 'gehangen' op bankjes, bij speeltuinen of in portieken. Ook wordt binnen het noodgebied het openbaar gebruik van drugs streng bestraft. Deze maatregelen hebben volgens de sleutelpersonen tot gevolg dat de scene gejaagder is geworden. Ze rapporteerden dat er meer sprake is van onderlinge agressie, in overeenstemming met de gerapporteerde ervaringen van de harddruggebruikers zélf.

### Hulpbehoefte

#### Harddruggebruikers

In figuur 4 wordt een overzicht gegeven van de harddruggebruikers die "tamelijk veel" of "erg veel" hulpbehoefte hebben op diverse leefgebieden.

Ruim de helft van de harddruggebruikers gaf aan (tamelijk of erg) veel behoefte te hebben aan hulp of



behandeling voor problemen met drugs. Van deze groep heeft 91% in het afgelopen jaar geparticipeerd in een in veel gevallen laagdrempelig programma van de verslavingszorg/GGD-casemanagement. Voor diegenen die geen behoefte aan hulp uitten was deze deelname lager, namelijk 64%. Naast drugsgerelateerde problemen werden psychische en emotionele klachten en problemen met justitie en politie genoemd als gebieden waarbij veel behoefte is aan hulp of behandeling.

### **Straatprostituees Sleutelpersonen**

Uit de verslagen van de gesprekken met de sleutelpersonen komt naar voren dat de meeste van de hierboven genoemde problemen en hulpbehoeften als zodanig worden herkend. Eén specifieke groep is echter nog niet expliciet aan bod gekomen: de straatprostituees. Hieronder de ideeën van sleutelpersonen met betrekking tot deze groep.

Na het instellen van cameratoezicht in de Poeldijksestraat – een straat met raamprostitutie – is, volgens de sleutelpersonen, veel van de nachtelijke activiteit met betrekking tot drugshandel en -gebruik verplaatst naar de Waldorpstraat, waar de straatprostitutie 's nachts wordt gedoogd. Aan de Waldorpstraat werken naar schatting 50-100 prostituees. Binnen deze groep zijn ruwweg twee subgroepen te onderscheiden, van ongeveer gelijke grootte. De ene subgroep betreft autochtone vrouwen, voor het overgrote deel verslaafd; de andere subgroep bestaat voornamelijk uit Zuid-Amerikaanse en Aziatische transseksuele vrouwen, waarvan een klein deel met enige regelmaat drugs gebruikt. Aan het begin van de ochtend hebben de vrouwen relatief veel geld op zak en vindt hier veel handel en openbaar gebruik van drugs plaats. Op dat moment is er ook sprake van veel agressie naar deze vrouwen. Zonder bescherming van een vriend of pooier lopen ze volgens de sleutelpersonen het risico beroofd te worden van hun verdiensten. Daarnaast gaven de sleutelpersonen aan dat veel van de verslaafde prostituees dak- en thuisloos zijn en vanwege hun nachtelijke werktijden lastig bereikbaar zijn voor de zorg. De enige plaats waar (basale) zorg volgens de sleutelpersonen plaatsvindt, is het Huiskamer Aanloop Jeugdprostitutieproject (HAJ). Het HAJ is alleen toegankelijk voor vrouwen en biedt eten, een toilet, douche en rust. De GGD biedt medische zorg en maatschappelijk werk. Daarnaast, vertelden de sleutelpersonen, zijn er goede contacten tussen het HAJ en de politie, via de wijkagent. Gezien de agres-

sie van klanten naar de prostituees is dit van belang. Maar ook voor advies over verblijfsvergunningen en overige justitiële problemen zijn de contacten met de politie nuttig.

De zorgvraag van verslaafde (straat)prostituees is voor een deel hetzelfde als die van andere harddruggebruikers. Daarnaast heeft deze groep specifieke vragen, zoals voorlichting en preventie omtrent seksueel overdraagbare aandoeningen. Een ander punt dat de sleutelpersonen aangaven, is het relatief kleine aantal vrouwen binnen de populatie harddruggebruikers. De sleutelpersonen merkten op dat deze scheve man-vrouw verhouding door vrouwen in de diverse opvangmogelijkheden als niet veilig of zelfs ronduit bedreigend wordt ervaren, deels doordat de aanwezige voorzieningen gedeeld moeten worden met mannelijke gebruikers (bijvoorbeeld één grote slaapzaal waar mannen en vrouwen gezamenlijk slapen).

### **Ideeën en wensen ten aanzien van de invulling van het Zieken**

#### **Harddruggebruikers**

In één van de open gedeelten van het interview met de harddruggebruikers werden zij uitgenodigd hun ideeën en wensen over de invulling van het Zieken te geven, alsmede te reageren op de door de sleutelpersonen geopperde ideeën. In tabel 4 staat hiervan een samenvattend overzicht.

In de linkerkolom van tabel 4 zijn de categorieën weergegeven die door sleutelpersonen werden genoemd. Als harddruggebruikers één van deze categorieën noemden bij de open vraag over de invulling van het Zieken, is dit geregistreerd in de middenkolom. Toevoegingen aan of uitbreidingen op categorieën zijn weergegeven in de rechterkolom. Alle ideeën van de harddruggebruikers konden dus worden ondergebracht binnen de categorieën die de sleutelpersonen naar voren hebben gebracht.

Ruim 80% van de harddruggebruikers gaf aan een gebruiksruiimte in het Zieken te willen, waarbij zij een drietal subcategorieën expliciet benoemden: een gebruiksruiimte met huisdealer (12%), een gebruiksruiimte met gescheiden ruimtes voor rokende en spuitende gebruikers (12%) en een gebruiksruiimte met een beperking aan het aantal deelnemers en/of strakke (gedrags)regels met de mogelijkheid tot sancties (32%). Van de benaderde harddruggebruikers had 85% behoefte aan een huiskamer, waarbij dient te worden vermeld dat 55% een huiskamer zou willen met wat extra voorzieningen (voornamelijk de mogelijkheid tot verschillende vormen van daginvulling en

**Tabel 4.**

*Wensen van de harddruggebruikers t.a.v. de invulling van Het Zieken (N=60). Den Haag 2001.*

Invulling	Percentage
Methadonverstrekking	18%
Nachtopvang	20%
Basale (levens)behoeften	25%
Gebruiksruimte	82%
- Met huisdealer	12%
- Spuiters en rokers gescheiden	12%
- Beperkt lidmaatschap en/of strakke regels	32%
Zorgloket	72%
- Zonder politie en justitie	3%
- Met laagdrempelige toeleiding	55%
- Grote mate van vrijblijvendheid	27%
Dagbesteding	75%
- Met betaald werk	48%
- Voor specifieke groepen	12%
- 'Aangeklede' huiskamer <sup>a)</sup>	55%
Huiskamer	85%
Drugspecifieke programma's <sup>b)</sup>	23%

a) Hieronder wordt verstaan dat de huiskamer activiteiten verzorgt (uitstapjes, niet betaald werk), en de mogelijkheid biedt tot spannende bezigheden zoals schilderen, tafeltennis of kaarten.

b) Ook zogenaamde 'zelfreguleringsprogramma's' voor bijvoorbeeld cocaïne-base.

dagbesteding). Driekwart van de harddruggebruikers noemde ook dagbesteding als mogelijke invulling van het Zieken. Ook liet ruim 70% van de steekproef weten behoefte te hebben aan een 'zorgloket' in het Zieken: een voorziening waarin (bijna) alle vormen van zorg zijn vertegenwoordigd. 55% gaf hierbij de toelichting dat het zorgloket met een laagdrempelige toeleiding naar vormen van zorg en begeleiding zou moeten werken. Van de gebruikers die een zorgloket aangaven had 21% in het afgelopen jaar geen contact gehad met de verslavingszorg/GGD-casemanagement.

Een kwart van de steekproef wilde in het Zieken een gelegenheid om basale behoeften te vervullen, zoals kleding wassen, douchen of maaltijden nuttigen. Een vijfde had behoefte aan nachtopvang. Ten slotte zou 18% graag in het Zieken methadonverstrekking willen. Degenen die dit wilden, participeren vrijwel allemaal in een methadonprogramma.

Twee voorstellen van de sleutelpersonen werden door de harddruggebruikers niet genoemd. Het eerste

betreft het inrichten van het Zieken als een soort pension voor druggebruikers, met de mogelijkheid verschillende vormen van zorg, dagbesteding en dagstructuur te verstrekken. Ten tweede gaat over het openen van een telefonische hulplijn voor cliënten, familie en kennissen voor het geven van informatie over drugs, eerste (nood)opvang en een luisterend oor.

### Bespreking

De groep harddruggebruikers die in de Stationsbuurt e.o. woont of (bijna) dagelijks verblijft bestaat vooral uit verslaafden boven de 35 jaar, waarvan een groot deel veel en veelvuldig base-cocaïne gebruikt, vaak in combinatie met andere verslavende middelen. Voor bijna de helft van de onderzochte harddruggebruikers is base-cocaïne het belangrijkste middel. Ook de sleutelfiguren die deelnamen aan het onderzoek zien een toenemend problematisch gebruik van base-cocaïne, hetgeen overigens ook landelijk wordt geconstateerd.

Opvallend met betrekking tot het middelengebruik is verder dat de helft van de personen in de voorafgaande maand methadon heeft gebruikt, hetgeen indicatief is voor het aandeel personen dat ten tijde van het onderzoek deelnam aan een methadonprogramma. De (zelf gerapporteerde) dagelijkse dosis methadon is – in verhouding tot de in Nederland gangbare doseringen in de voorafgaande jaren – vrij hoog, namelijk ruim 60 mg. De Nationale Drugmonitor noemt over 1993-2000 gemiddelden van 37-48 mg.

Ten aanzien van het kopen van drugs valt op dat bijna tweederde van de onderzochte personen zijn/haar drugs koopt bij een vaste dealer. Veelal is dat een straatdealer, in mindere mate koopt men de spullen bij een vast adres. Van belang is dat wie bij een straatdealer drugs koopt dit bijna altijd doet bij een straatdealer in de Stationsbuurt. Deze bevindingen komen overeen met de indrukken van de in het onderzoek betrokken sleutelpersonen, die wijzen op een verschuiving van de drugshandel in de Stationsbuurt van dealpanden naar de zogenaamde mobiele handel. Voor veel gebruikers in de Stationsbuurt e.o. staat het leven grotendeels of geheel in het teken van druggebruik (scoren, kopen, gebruiken).

De problemen die de harddruggebruikers in het dagelijks leven ervaren betreffen veelal de basale levensbehoeften, met name ten aanzien van de huisvestingssituatie. Verder heeft men problemen van psychische en psychosociale aard, en problemen met justitie. Andere problemen die – vaak in combinatie – worden genoemd, hebben meer rechtstreeks te maken met het druggebruik: geen geld voor drugs, lichamelijke

klachten als gevolg van het druggebruik, en craving (het hunkeren naar drugs).

Veel onderzochte personen geven weliswaar aan 'tamelijk veel' of 'erg veel' behoefte te hebben aan hulp in verband met hun druggebruik, maar de deelname in het afgelopen jaar aan intensievere vormen van verslavingszorg is daar zelden mee in overeenstemming. De dagopvangmogelijkheden van Stichting Drugpunt Den Haag en het Leger des Heils worden wel door veel harddruggebruikers bezocht.

Binnen de drugscene vormen volgens de betreffende sleutelpersonen, de verslaafde straatprostituees een kwetsbare groep. Een aanzienlijk deel van de prostituees heeft geen vaste woon- of verblijfplaats en volgens de sleutelpersonen hebben de meeste opvangmogelijkheden geen aparte voorzieningen voor vrouwen. Ook voor de reguliere verslavingszorg is deze groep moeilijk bereikbaar, mede gezien de nachtelijke werktijden. Er heerst zowel volgens de sleutelpersonen als volgens de aan het onderzoek deelnemende straatprostituees een sterk gevoel van onveiligheid onder de prostituees.

De wensen en ideeën van de harddruggebruikers ten aanzien van de invulling van het Zieken liggen vooral op het vlak van laagdrempelige voorzieningen, huiskamer-achtige functies en een gebruiksruijme. Opvallend is dat de wensen en ideeën van de onderzochte gebruikers sterk overeenkomen met die van veel sleutelpersonen. Vooral de 'zorgloket'functie en de (ver-

schillende vormen van) huiskamerfuncties binnen het Zieken vinden weerklank bij beide onderzoeksgroepen.

De resultaten van dit onderzoek geven een karakterisering van harddruggebruikers in de Stationsbuurt e.o. in Den Haag, hun (dagelijkse) problemen en hun behoefte aan hulp. Zij (de doelgroep) en vertegenwoordigers van de instellingen die nauw betrokken zijn (de sleutelpersonen) hebben wensen en ideeën aangedragen voor een goed afgestemde laagdrempelige invulling van het Zieken. Deze uitkomsten zijn van betekenis bij de keuze voor het aanbod dat uiteindelijk in het Zieken 107 zal worden gerealiseerd, zij kunnen echter ook een rol spelen in beleidsdiscussies met een bredere reikwijdte (zoals over gebruiksruijmen, zorg voor cocaïnegebruikers en voor prostituees).

Geraadpleegde bronnen Literatuur:

1. Hartnoll R, Hendriks VM en Morrival M. Guidelines for Gathering Data on Substance-Related Problems. Copenhagen: World Health Organisation: European Regional Office 1998.
2. Bureau NDM. Jaarbericht Nationale Drugmonitor 2001. Utrecht, 2001.

Het rapport 'Inventarisatie van de drugscene in het centrum van Den Haag: ideeën en wensen rond een laagdrempelige voorziening voor harddruggebruikers in de Stationsbuurt', waaraan dit artikel is ontleend, kan worden verkregen bij het Parnassia Addiction Research Centre, telefoon: 070 - 391 77 40.

# Dakloos in Den Haag

*J. Wolf, S. Nicholas, D. Reinking*

Vrijwel alle grotere steden in Nederland hebben te maken met de problematiek van daklozen en staan voor de vraag hoe opvang en hulp te bieden. Zo ook Den Haag. Het blijkt dat binnen deze groep de feitelijk daklozen - mensen die overwegend op straat leven - er in alle opzichten het slechtst aan toe is. Veelal laag opgeleid, aan harddrugs verslaafd, met psychische problemen en gemiddeld al lange tijd dakloos, ervaren zij hun positie als uitzichtloos en kwetsbaar. De capaciteit van de nachtopvang en van woonvoorzieningen voor verslaafden is beperkt. Zonder uitbreiding van deze voorzieningen zal Den Haag te maken krijgen met een groot contingent buitenslapers. Feitelijk daklozen worden onvoldoende bereikt door de hulpverlening. Extra inspanningen zijn nodig om met hen in contact te komen, in het bijzonder met de problematische harddruggebruikers onder hen en de allochtone harddrugverslaafde daklozen. Programma's gebaseerd op outreachend, intensief casemanagement, zoals geboden door Parnassia en GGD, kunnen hier passende opvang bieden.

Vrouwelijke feitelijk daklozen zijn er het slechtst aan toe. Zij leven vaak van prostitutie, kampen het meest met depressies, zijn het meest bezorgd over hun gezondheid en veiligheid en zijn het vaakst slachtoffer van geweld. De bestaande opvang is niet op vrouwen ingericht.

Dit zijn enkele van de bevindingen uit het onderzoek dat de gemeente Den Haag door het Trimbos Instituut heeft laten verrichten naar de daklozen in Den Haag. Onderstaand artikel belicht specifiek de kenmerken van de groep feitelijk daklozen.

Eind 1999 verstrekte de gemeente Den Haag opdracht aan het Trimbos Instituut tot het uitvoeren van onderzoek naar de populatie daklozen. In deze gemeente was eigenlijk nog niet eerder onder dakloze mensen zelf een grootschalige en systematische peiling gedaan naar hun situatie. Aanleiding tot het onderzoek waren signalen uit de praktijk over onder meer een verzwaring van de problematiek van daklozen, in combinatie met een tekort aan informatie bij de gemeente voor beleidsontwikkeling ten behoeve van deze groep. De gegevens waren tevens bedoeld voor de monitor sociaal kwetsbaren, in oprichting (1). Doel van het onderzoek was inzicht te verschaffen in de omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie, in het bijzonder in de psychische en verslavingsproblemen, aard en omvang van het middelengebruik, kwaliteit van leven, zorgbehoeften en zorggebruik.

## Het onderzoek

Het onderzoek richtte zich op volwassen daklozen van 18 jaar en ouder in de gemeente Den Haag. In de onderzoeksperiode had Den Haag ongeveer 355.000 inwoners van 18 jaar en ouder. Bij het nader definiëren van de onderzoekspopulatie hebben wij de hiervoor internationaal aanvaarde standaarden gevolgd,

die ook in Nederland gemeengoed zijn (2)-(6). We hebben onderscheid gemaakt tussen feitelijk daklozen en residentieel daklozen (voor de definitie zie het kader op pagina 17). Iemand kon in dit onderzoek niet tegelijkertijd feitelijk én residentieel dakloos zijn.

Voor een uitgebreide bespreking van de gebruikte methoden verwijzen we naar het onderzoeksrapport (7). Uitgangspunt voor de steekproeftrekking waren de opvangvoorzieningen voor feitelijk daklozen (vijf) en residentieel daklozen (negentien) in de stad Den Haag, waaronder ook twee particuliere commerciële pensions. Alle instellingen werkten mee. Het aantal interviews bij de 24 voorzieningen hing af van de gegevens over capaciteit en bezetting. Om voldoende zicht te krijgen op de situatie van vrouwelijke daklozen, werden gedurende twee weken extra interviews met vrouwen gehouden (oversampling). Door de sluiting van de soepbus in de onderzoeksperiode dreigde de hier bereikte groep niet voldoende in het onderzoek te worden betrokken. Om meer mensen uit de soepbuspopulatie in de steekproef te krijgen, hebben we na de sluiting extra interviews gehouden bij de andere laagdrempelige voorzieningen. Van de vijf voorzieningen voor feitelijk daklozen bood naast de

Over de auteurs:

Dr. J. Wolf is hoofd programma Opvang en Maatschappelijke zorg, aan het Trimbosinstituut; drs. S. Nicholas is senior wetenschappelijk medewerker bij het programma Opvang en Maatschappelijk werk, aan het Trimbosinstituut; drs. D. Reinking is beleidsmedewerker Maatschappelijke Gezondheidszorg bij de GGD in Utrecht.

**Feitelijk daklozen** zijn personen die in de maand voorafgaand aan het interview niet beschikten over een eigen woonruimte en voor een slaapplek gedurende de nacht ten minste één nacht waren aangegeven op:

- buiten slapen, ofwel overnachten in de open lucht of in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto;
- binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang;
- binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht.

**Residentieel daklozen** zijn personen die de maand voorafgaand aan het interview als bewoner ingeschreven stonden bij instellingen voor maatschappelijke opvang. Het gaat hierbij om internaten, sociale pensions en dergelijke, maar ook om woonvoorzieningen vanuit het particulier initiatief die zich expliciet richten op semi-permanente bewoning door daklozen en om enkele particuliere commerciële pensions waar voornamelijk daklozen wonen.

soepbus, alleen het passantenverblijf een slaapplek (voor maximaal zeven nachten per maand).

Respondenten werden volgens toeval geselecteerd. (Behalve bij de extra interviews met vrouwen.) Iedereen die in de onderzoeksperiode bij de voorzieningen kwam had dus een gelijke kans om in de steekproef te komen. Wie meedeed ontving een financiële vergoeding van 25 gulden, zoals gebruikelijk in daklozenonderzoek. Om dubbel interviewen te voorkomen werden controlemechanismen ingebouwd. De interviews werden uitgevoerd tussen 31 oktober 2000 en 12 maart 2001. Deze periode van viereneenhalve maand was lang genoeg voor daklozen om, via de ene dan wel de andere voorziening, in het onderzoek te kunnen participeren. Te meer daar zij in de wintertijd over het algemeen intensiever gebruik maken van opvangvoorzieningen. In totaal benaderden wij 281 personen voor een interview. Dit gebeurde bij de voorzieningen, niet op straat. Op straat werven is namelijk erg arbeidsintensief en kostbaar, met een beperkte meerwaarde. Uit eerder onderzoek is gebleken dat onderzoekers met het merendeel van de daklozen via (laagdrempelige) opvanginstellingen in contact kunnen

komen (2),(5),(8).

Bij 54 mensen werd na de benadering geen interview afgenomen. Redenen hiervoor waren: geen zin/geen tijd (34), eerder een interview geweigerd (3), reeds geïnterviewd (3), onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (2), ziek (2) en overige redenen (10). Voordat een interview begon gingen wij met behulp van een screener na of iemand feitelijk of residentieel dakloos was. Wij deden 217 interviews waarvan er 203 bruikbaar waren voor analyse. De interviews duurden gemiddeld 73 minuten. Er werden gestandaardiseerde instrumenten gebruikt [screener voor stoornissen op het schizofrene spectrum ontleend aan de Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versie 1.0), screener voor het vaststellen van depressie, ontwikkeld door Schrijvers e.a. (9), modules van de Europese versie van de Addiction Severity Index (Europ-ASI, versie III), onder andere voor alcohol en druggebruik, en de korte versie van de kwaliteit van levenlijst van Anthony Lehman (10)].

De interviewers (veertien in totaal) volgden voor het gebruik van de vragenlijst een training van drie dagen. De respons van 77% is zeer redelijk, en ligt hoger dan die in het Nederlandse bevolkingsonderzoek Nemesis (64%) (11), maar iets lager dan in buitenlandse daklozenstudies waar responspercentages van 80 à 90 gebruikelijk zijn (8),(12)-(14).

Uit een door ons uitgevoerde deelstudie (voorjaar 2001) blijkt dat we bij benadering een vijfde deel van de Haagse feitelijk daklozen, als ook een vijfde van de Haagse residentieel daklozen hebben geïnterviewd (7).

#### Sociaal-demografisch profiel

Van de feitelijk dakloze groep (N=103) kunnen we op basis van de onderzoeksresultaten het volgende sociaal-demografische profiel schetsen. Ter vergelijking presenteren wij gegevens over residentieel daklozen.

- Het merendeel van de feitelijk daklozen is man (80%), alleenstaand (94%) en vergeleken met de Haagse bevolking veel vaker ongehuwd (63% tegen 37%) en gescheiden (33% tegen 12%). De residentieel daklozengroep (N=100) bestaat uit minder mannen (maar toch nog driekwart) en uit minder ongehuwden (52%), maar uit meer gescheiden mensen (39%).
- De gemiddelde leeftijd is 37 jaar. Feitelijk daklozen zijn gemiddeld tien jaar jonger dan residentieel daklozen en, ook in vergelijking met de Haagse bevolking, vaker tussen de 31 en 45 jaar (62% tegen 31%).
- De helft van de feitelijk daklozen is van Neder-



landse herkomst, in de groep residentieel daklozen is dit aandeel significant groter (68%), evenals in de totale populatie van Den Haag (61%). Van de personen met een niet-Nederlandse herkomst, vooral mannen, is 16% Surinaams, 12% Indonesisch, 10% Marokkaans, 5% van de Nederlandse Antillen en 2% Turks. In vergelijking met de Haagse bevolking zijn er in de groep feitelijk daklozen relatief meer Surinamers, Indonesiërs en Marokkanen.

- De helft van de feitelijk daklozen heeft geen tot weinig opleiding. In vergelijking met residentieel daklozen, en zeker ook met de Nederlandse bevolking, zijn zij slechter opgeleid. In het oog springt dat driekwart van de vrouwelijke feitelijk daklozen na het basisonderwijs geen schooldiploma's meer heeft gehaald.
- In het afgelopen jaar deed ruim eenderde deel wit en/of zwart werk, in de afgelopen maand was dit slechts 5%, duidelijk minder in vergelijking tot de residentieel daklozen (26%). Hoeveel dagen er is gewerkt is niet bekend.
- Het merendeel (84%) leeft van een uitkering, meer dan de helft heeft daarnaast inkomsten uit illegale activiteiten (diefstal, inbraak, beroving). In de groep residentieel daklozen houdt slechts een minderheid (5%) zich met illegale activiteiten bezig. Eenvijfde deel van de vrouwen verwerft inkomsten uit prostitutie.

#### Huisvestingssituatie en dakloos-zijn

Feitelijk daklozen waren voor de nacht vooral aangewezen op de straat, de tijdelijke nachtopvang en familie en vrienden; residentieel daklozen sliepen vooral in hun voorziening. Gezien onze selectie van mensen op type dakloos-zijn is dit gegeven geen verrassing. Interessanter is de voornaamste slaaplocatie van feitelijk daklozen, en of hierin ook verschillen bestaan met de feitelijk daklozenpopulatie in andere steden, bijvoorbeeld Utrecht (zie tabel 1). In Den Haag sliep in de afgelopen maand veertiende deel van de feitelijk daklozen veertien dagen of meer buiten. In Utrecht ging het om een vrijwel even hoog percentage buitensla-

**Tabel 1.**

*Voornaamste slaaplocatie in de laatste maand van feitelijk daklozen uit Den Haag en Utrecht (5).*

	Den Haag <sup>a</sup> (N=101)	Utrecht (N=139)
	%	%
Buiten	41	42
Nachtopvang	23	35
Familie / vrienden	22	5
Anders <sup>b</sup>	10	15
Combinatie van plaatsen <sup>c</sup>	-	3

a. De kolom voor Den Haag bevat meer dan 100% door afronding van percentages.

b. Anders: een hotel, (particulier) pension, caravan, zomerhuisje, kraak- of slooppand of een gesloten omgeving (Huis van Bewaring, politiecel, (psychiatrisch) ziekenhuis). In Den Haag ook: (semi) permanente woonvoorziening voor daklozen.

c. In deze studie was een 'combinatie van plaatsen' geen antwoordmogelijkheid.

pers (zie tabel). Opvallend is het verschil in percentage mensen dat in beide steden gebruik maakte van de nachtopvang.

Helaas zijn de gegevens uit Amsterdam niet zonder meer vergelijkbaar met die uit Den Haag en Utrecht. Aangenomen mag worden, dat ongeveer de helft van de feitelijk daklozen in Amsterdam buiten slaapt en het merendeel daarvan doet dat ook het grootste deel van het jaar <sup>1)</sup>. Verder maakt ruim eenderde gebruik van tijdelijke nachtopvang en is de rest aangewezen op tijdelijke overnachting bij familie of vrienden of op (een combinatie van) andere plaatsen.

In hun leven tot nu toe waren de feitelijk daklozen gemiddeld bijna vijf jaar dakloos <sup>2)</sup>. De mediaan in Nederland is drie jaar. Net als elders in Nederland en Europa zijn de feitelijk daklozen uit Den Haag overwegend langdurig dakloos: ruim eenderde was vijf jaar of langer dakloos, waarvan 17% zelfs tien jaar of langer. In deze laatste groep komen relatief veel vrouwen voor. Zij wisselden vaker van 'woonsituatie' dan resi-

1) In Amsterdam is diverse malen een telonderzoek gedaan onder 'buitenslapers' en is in de residentiële opvangvoorzieningen een 'consumentenonderzoek' uitgevoerd (4),(6),(15). In deze onderzoeken werden in vergelijking met die in Utrecht en Den Haag, iets andere definities van daklozen gehanteerd en ook waren de in het onderzoek betrokken vindplaatsen anders. Duidelijk is dat de op straat benaderde en getelde populatie daklozen in Amsterdam een deelverzameling vormt van de totale groep feitelijk dakloze mensen, zoals gedefinieerd in de onderzoeken van Den Haag en Utrecht. Peter Rensen, onderzoeker bij het telonderzoek in Amsterdam, bedanken wij voor zijn inspanning om de gegevens uit deze gemeente te interpreteren in het licht van de methoden en gegevens van de onderzoeken in Den Haag en Utrecht.

2) Mensen werd gevraagd hoe lang zij naar schatting gedurende hun leven in totaal dakloos waren geweest. Dakloos werd gedefinieerd als ooit tijdens het leven niet de beschikking hebben gehad over een eigen woonruimte en voor een slaapplek gedurende ten minste één nacht aangewezen zijn geweest op: buiten slapen, binnen slapen in passantenverblijven en of bij familie en kennissen (zie ook het kader in dit artikel).



dentieel daklozen. Deze laatste groep was gemiddeld twee jaar dakloos. Eenderde van deze populatie was in hun leven nooit feitelijk dakloos geweest. Voor de totale Haagse daklozenpopulatie geldt: hoe korter de duur van het dakloos-zijn, des te groter de kans op (meer) wisselingen in woonsituatie.

#### Psychische stoornissen, middelengebruik en verslaving

Iets meer dan een kwart van de feitelijk daklozen heeft géén actuele psychische of verslavingsproblemen (tegen 68% in de residentieel daklozen groep). Een depressieve stoornis komt voor bij 29% van de feitelijk daklozen (mannen 28% en vrouwen 33%) en bij 13% van de residentieel daklozen. Actuele stoornissen van schizofrene aard zijn in elk van de groepen vastgesteld bij 5% van de mensen. Onder de Nederlandse bevolking is de jaarprevalentie van depressie 5,8% en die van schizofrenie 0,2% (11).

Zwaar alcoholgebruik in de laatste maand komt veel voor bij zowel feitelijk als residentieel daklozen (vijf glazen of meer gedurende drie of meer dagen per week, of ten minste twee dagen gebruik in hoeveelheden die activiteiten als werk, school en sociale contacten verhinderen). In de groep feitelijk daklozen kan een kwart, in de groep residentieel daklozen bijna een vijfde deel een zware gebruiker worden genoemd. Vrouwen drinken significant minder alcohol dan mannen. Gebruik van softdrugs, harddrugs en polygebruik komt vooral voor bij feitelijk daklozen. Bijna 60% had in de laatste maand harddrugs gebruikt.

Onder de Nederlandse bevolking is bij 28,3% een life-time diagnose alcoholafhankelijkheid of -misbruik vastgesteld en bij 4,1% een life-time diagnose drugsafhankelijkheid of -misbruik. Deze percentages geven weer dat de betreffende mensen ooit in hun leven misbruik hebben gemaakt van alcohol of drugs, of hiervan afhankelijk zijn geweest. De maandprevalenties - dus in de maand voorafgaande aan het onderzoek - zijn 8,5% voor alcohol en 1,2% voor drugs (11). In de daklozenpopulatie liggen de prevalenties hoger. Bijna de helft van de feitelijk daklozen was in hun leven ooit afhankelijk van alcohol (tegen 43% van de residentieel daklozen)). Een vijfde had in de maand voorafgaand aan het interview een actuele alcohol diagnose (tegen 15% van de residentieel daklozen<sup>3</sup>).

Voorafgaand aan het onderzoek is de mate van afhankelijkheid en/of misbruik van drugs veel voor <sup>4</sup>). Tijdens de afgelopen maand gold dit voor ruim de helft en tijdens het leven voor bijna zeven van de tien feitelijk daklozen. Residentieel daklozen zijn in vergelijking hiermee gematigde gebruikers van drugs. Tijdens hun leven was een vijfde deel van hen afhankelijk van drugs, maar in de afgelopen maand slechts 4%. In verhouding hebben feitelijk daklozen vaker een dubbele diagnose dan residentieel daklozen (24% tegen 4%).

#### Kwaliteit van leven

Voorafgaand aan het onderzoek rapporteren een vergelijking derwijs lage algemene levenskwaliteit, terwijl ook hun objectieve leefsituatie in nogal wat opzichten ongunstiger is dan die van residentieel daklozen:

- zij hadden in de afgelopen maand naar eigen zeggen minder geld te besteden voor onder andere voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten;
- zij hadden evenwel gemiddeld een hoger bedrag om in die maand uit te geven;
- zij hadden in de afgelopen maand minder vaak wit en/of zwart werk <sup>5</sup>);
- zij werden in het afgelopen jaar vaker gearresteerd, en waren ook vaker slachtoffer van een misdrijf.

De subjectieve levenskwaliteit van feitelijk daklozen is op vrijwel alle onderzochte aspecten lager dan die van residentieel daklozen, en dit betreft dan hun oordeel over de woonsituatie, dagelijkse activiteiten en functioneren, familie, sociale relaties, financiën, veiligheid en gezondheid. Vooral de ontevredenheid van daklozen over hun financiële situatie springt in het oog. Vrouwen die feitelijk dakloos zijn, zijn het minst tevreden met de algemene kwaliteit van hun leven. Ook zijn ze significant minder tevreden over hun veiligheid en gezondheid.

#### Veiligheid, arrestaties en veroordelingen

Iets minder dan de helft van de feitelijk daklozen en bijna één op de vijf residentieel daklozen was het jaar voorafgaand aan het interview slachtoffer van enig (gewelddadig en/of niet-gewelddadig) misdrijf. Ter vergelijking: 5,5 % van de Nederlandse bevolking van

3) De module over alcohol- en drugs van de Addiction Severity Index (ASI), de Europese variant, versie III werd gehanteerd om het middelengebruik in kaart te brengen. De gegevens zijn door ons vertaald in DSM-III-R diagnoses alcohol- en drugsafhankelijkheid of misbruik met gebruikmaking van de onderzoeken van Svikis e.a. (16) en Lehman e.a. (17). Uitgegaan is van ten minste een jaar zwaar alcoholgebruik én zwaar gebruik de laatste maand.

4) Tenminste één jaar gebruik van heroïne of ten minste twee jaar gebruik van twee andere middelen, met vier of meer dagen gebruik in de laatste maand.

5) Naar het precieze aantal 'werk'dagen is niet gevraagd.

15 jaar en ouder was in 1999 slachtoffer van een geweldsdelict (18), tegen 23% van de feitelijk daklozen en 11% van de residentieel daklozen. Vrouwen, en met name vrouwelijke feitelijk daklozen, waren vaker dan mannen slachtoffer van gewelddadige misdrijven. Bijna de helft van de feitelijk daklozen werd in het jaar voorafgaand aan het interview gearresteerd en 41% van de feitelijk daklozen werd veroordeeld. De arrestaties volgden vooral op het plegen van vermogensdelicten (zoals inbraak, (winkel)diefstal, fraude, afpersing en heling) en geweldsdelicten (onder meer geweldpleging, roofoverval, brandstichting, aanranding, verkrachting, doodslag), en nauwelijks op het plegen van overige delicten (waaronder bezit van of handel in drugs). Bij de residentieel daklozen ging het om significant minder arrestaties en veroordelingen (7 en 3%). Meer feitelijk daklozen dan residentieel daklozen pleegden in het afgelopen jaar een of meer strafbare feiten om zo, via tussenkomst van de politie, hulp of onderdak te krijgen (15% tegen 1%). Zij verbleven ook vaker dan residentieel daklozen de afgelopen dertig dagen in een gevangenis, huis van bewaring of politiecel (21% tegen 1%).

### Zorgbehoeften

Relatief meer feitelijk daklozen ervaren op significant meer leefgebieden last van problemen dan residentieel daklozen. De top vijf van tamelijk tot veel ervaren problemen hebben wij voor de feitelijk daklozen verder uitgesplitst naar mannen en vrouwen (tabel 2). Anders dan mannen, hebben vrouwen vooral ook last van problemen met familie en vrienden en kennissen.

Feitelijk daklozen formuleren op de nodige leefgebieden ook significant meer behoefte aan hulp dan residentieel daklozen. De minste behoefte aan hulp is er bij problemen met justitie, veiligheid en alcoholgebruik, hoewel op deze gebieden de problemen toch fors zijn. Vrouwen formuleren significant meer behoefte aan hulp bij lichamelijke klachten. Bij nadere analyse vonden wij een significant verband tussen de mate van marginalisering van mensen en de hoeveelheid zorgbehoeften. Hoe meer gemarginaliseerd mensen zijn, en feitelijk daklozen nemen in dit opzicht een weinig benijdenswaardige koppositie in, des te meer zorgbehoeften zij formuleren (19).

### Zorggebruik

Het hulpverleningsverleden van feitelijk en residentieel daklozen is significant verschillend. Ooit in hun leven had 32% van de feitelijk daklozen en 57% van de residentieel daklozen contact met de GGZ.

**Tabel 2.**

*Voornaamste ervaren problemen bij feitelijk daklozen, Den Haag, 2001.*

Mannelijke feitelijk daklozen (N=63-80):	Vrouwelijke feitelijk daklozen (N=18-21):
Huisvesting (68%)	Huisvesting (55%)
Financiën (50%)	Financiën (39%)
Druggebruik (33%)	Gebitsverzorging (32%)
Dagelijkse activiteiten (33%)	Familie (30%)
Lichamelijke klachten (27%)	Sociale contacten (29%)

51% Van de feitelijk daklozen en 36% van de residentieel daklozen had ooit contact met de verslavingszorg. Veel daklozen (45%) waren ooit ook klanten van het algemeen maatschappelijk werk.

Bijna de helft van de residentieel daklozen is op enig moment in hun leven opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit hoge percentage ligt enigszins voor de hand, want bij de sociale pensions is het hebben van een psychische stoornis plaatsingscriterium en over het algemeen betekent dat ook een voor geschiedenis met psychiatrische opnamen. Het percentage opnamen in de psychiatrie bij de feitelijk daklozen is bijna de helft lager (24%). Feitelijk daklozen hebben ooit in het verleden meer gebruik gemaakt van de methadonverstrekking en residentieel daklozen van de overige zorg (begeleid (zelfstandig) wonen, beschermende woonvormen, vrouwen- en crisisopvang en kindertehuizen).

Het recente gebruik van zorg ligt bijzonder veel lager dan het zorggebruik in het verleden. Er is alleen op enige schaal door feitelijk en residentieel daklozen gebruik gemaakt van het algemeen maatschappelijk werk; bijna eenderde deel van de feitelijk daklozen heeft recent gebruik gemaakt van de methadonverstrekking en bijna een kwart van de residentieel daklozen heeft recent een beroep gedaan op overige zorg (begeleid (zelfstandig) wonen, beschermende woonvormen en vrouwen- en crisisopvang). Het relatief lage gebruik van vooral de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (exclusief methadonverstrekking) staat eigenlijk nauwelijks in verhouding tot de psychische en verslavingsproblemen en tot de door de verslaafden geuite zorgbehoeften.

### Beschouwing

De onderzoeksresultaten kunnen vooral worden generaliseerd naar daklozenpopulaties in andere grote en middelgrote steden. Er is geen reden om aan te

nemen dat het beleid en het voorzieningenaanbod voor deze groep in Den Haag sterk afwijken van dat in andere grote steden. In die steden komen vergelijkbare groepen daklozen voor. Onderzoek bevestigt dat ook (5),(15),(20)-(22). En vrijwel alle grotere steden worstelen momenteel bijvoorbeeld met de vraag hoe dakloze, aan harddrugverslaafde mensen het beste kunnen worden opgevangen.

Door onze wijze van steekproeftrekking en van selecteren van respondenten geven de onderzoeksresultaten een goede dwarsdoorsnede van de feitelijk en residentieel daklozen in Den Haag. Bovendien hebben wij in dit onderzoek een niet onaanzienlijk deel van beide populaties in deze gemeente geïnterviewd, namelijk een vijfde. Mogelijk dat de daklozen bij de soepbus, vanwege de sluiting van deze voorziening, wat minder in dit onderzoek zijn vertegenwoordigd. Maar door de extra interviews bij de andere laagdrempelige opvangvoorzieningen kan de sluiting van de bus niet tot grote vertekeningen in de bereikte groep hebben geleid. Vanzelfsprekend hebben dakloze mensen die van geen van de opvangvoorzieningen in Den Haag gebruik maken, geen kans gehad om aan het onderzoek deel te nemen. Maar dat is waarschijnlijk maar een kleine groep.

Dit onderzoek toont aan dat feitelijk daklozen er in alle opzichten slecht aan toe zijn, veel slechter ook dan residentieel daklozen. Zij onderscheiden zich door hun lage opleidingsniveau, harddruggebruik, niet-Nederlandse herkomst, lage kwaliteit van leven, relatief vaak voorkomende psychische én verslavingsproblemen, en hun contacten met politie en justitie. De gemiddeld lange duur van het dakloos-zijn is een indicatie van de uitzichtloze positie waarin velen zich bevinden. De bij uitstek meest kwetsbare groepen in de samenleving zijn daarmee oververtegenwoordigd onder de feitelijk daklozen <sup>6)</sup>.

Veel feitelijk daklozen rapporteren inkomsten uit illegale activiteiten. Er is een grote samenhang met harddruggebruik, veelal in een problematische vorm. Deze uitkomst kan aanleiding geven voor pleidooien voor een restrictiever beleid ten opzichte van problematisch verslaafden. Een alternatief hiervoor is een beleid waarbij geprobeerd wordt de verslaving meer te controleren en verdere investeringen te doen in outreachende verslavingszorg, met als nevendoelen het

indammen van de verwervingscriminaliteit en de overlast. In Den Haag bestaat al ervaring met deze aanpak, bijvoorbeeld via de wijkgerichte aanpak Tyfoon (23) en met het casemanagement voor verslaafden (24). Met opzet hebben wij de resultaten over justitie gepresenteerd in samenhang met die van veiligheid. De daklozenwereld is hard en onveilig, ook voor de daklozen zelf.

De in de meeste woonvoorzieningen in Den Haag gehanteerde contra-indicatie van harddruggebruik voor een verblijf vormt een plausibele verklaring voor de oververtegenwoordiging van harddruggebruikers op straat. Bekend is verder dat de hulpverlening nogal eens in zijn maag zit met mensen met een zogenoemde dubbele diagnose en ook voor hen niet zelden drempels opwerpt. De keuzes die aan de voordeur van de opvangvoorzieningen worden gemaakt leiden, meestal onbedoeld, tot uitsluiting van bepaalde groepen. Voor die uitsluiting wordt een hoge prijs betaald, denk maar aan de maatschappelijke kosten die ermee gemoeid zijn en de door burgers op straat ervaren gevoelens van onveiligheid. De resultaten uit dit onderzoek vormen een sterk pleidooi voor extra inspanningen gericht op de 24% dubbel gediagnosticeerde feitelijk daklozen en op allochtone feitelijk daklozen, waaronder veel verslaafden. De oververtegenwoordiging van allochtonen op straat wordt mogelijk verklaard door hun leeftijd, naast het harddruggebruik. Voor zover leeftijd het verschil verklaart betekent dit dat de woonvoorzieningen zich moeten opmaken voor een grote toestroom van allochtone daklozen. Overigens geven de onderzoeksgegevens geen uitsluitsel over de (illegale) verblijfsstatus van de allochtonen in dit onderzoek.

In Den Haag zijn de feitelijk daklozen overwegend aangewezen op de straat en kunnen zij relatief weinig terecht bij bed-bad-brood-voorzieningen. Dit heeft ongetwijfeld ook te maken met de relatief beperkte capaciteit voor nachtopvang in Den Haag (26 bedden bij het Passantenverblijf). Zonder uitbreiding van de nachtopvang en van woonvoorzieningen voor verslaafden en dubbel gediagnosticeerden zal Den Haag blijvend te maken hebben met een groot contingent buitenslapers. Momenteel is bij de gemeente Den Haag, mede naar aanleiding van de bevindingen uit dit onderzoek, een studie in voorbereiding naar de

6) Er is een overigens een duidelijke samenhang tussen feitelijk dakloos-zijn en harddruggebruik. Ruim eenderde (38%) van de Marokkaanse feitelijk daklozen, bijna alle Indonesische (90%), 83% van de Surinaamse en 100% van de Antilliaanse feitelijk daklozen heeft ooit in het leven harddrug gebruikt.

toegankelijkheid van opvangvoorzieningen voor dakloze harddruggebruikers en naar een uitbreiding van woonfaciliteiten voor deze groep.

De levenskwaliteit van de daklozen in Den Haag laat zeer te wensen over en dat komt niet alleen door het ontbreken van huisvesting. Buitenlands onderzoek wijst uit dat de verschillen tussen daklozen en andere achterstandsgroepen ook blijven bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de invloed van dakloos-zijn op de gerapporteerde levenskwaliteit (10). Sullivan e.a. (25) vonden dat de verschillen tussen daklozen met en zonder psychiatrische stoornissen bleven bestaan na correctie op demografische kenmerken als leeftijd, geslacht en etnische herkomst en na correctie op te veranderen effecten op de levenskwaliteit zoals hoeveelheid inkomen, het aantal nachten buiten slapen en depressieve symptomen. En Wolf, Koegel, Burnam en anderen (26) stelden bij een daklozenpopulatie in Los Angeles vast dat het krijgen van huisvesting weliswaar een positieve invloed heeft op de tevredenheid van dakloze personen met huisvesting, maar dat dit niet leidt tot een hogere algemene levenskwaliteit of een hogere satisfactie op de meeste andere levensterreinen. Voor een hogere ervaren levenskwaliteit is dus méér nodig dan alleen een dak boven het hoofd.

Uit het lage actuele zorggebruik mag worden opgemaakt dat feitelijk daklozen onvoldoende door de hulpverlening worden bereikt. Een deel van de daklozen staat bekend als zorgwekkende zorgmijders. Er zijn echter ook groepen niet-daklozen met psychische problemen en verslaving waarbij het contact met de hulpverlening niet bijzonder hoog is. Bekend is vooral een laag bereik van alcoholisten door de verslavingszorg. Ook de onder daklozen oververtegenwoordigde problematische harddruggebruikers en allochtone harddruggebruikers staan bekend om hun onderconsumptie van zorg (27)(28). Extra inspanningen zijn nodig om met deze groep contact te leggen en hen van passende opvang te voorzien. Gezien de aard en problemen van de doelgroepen, liggen extra inspanningen voor de hand vanuit programma's gebaseerd op outreachend, intensief casemanagement, zoals die nu al door onder meer Parnassia en GGD worden geboden. Afgaande op de gerapporteerde kwaliteit van leven en de zorgbehoeften van daklozen, komen vooral interventies in aanmerking op het gebied van huisvesting, gebitsverzorging, financiën, lichamelijk functioneren en dagelijkse activiteiten. Deze resultaten weerspiegelen voor een deel waar de daklozen het meeste last van hebben. De antwoorden van de daklo-

zen moeten daarom wellicht vooral gelezen worden als een prioriteitstelling. Ondersteund door de resultaten van dit onderzoek, is inmiddels laagdrempelige tandheelkundige hulp beschikbaar.

De onderzoeksresultaten geven alle aanleiding tot grote bezorgdheid over het lot van vrouwelijke daklozen en vooral de feitelijk daklozen onder hen. Zij zijn er absoluut het slechtst aan toe. De situatie van vrouwelijke feitelijk daklozen vraagt om bijzondere aandacht. Deze groep is erg laag opgeleid, verwerft voor een deel inkomsten uit prostitutie, kampt relatief het meest met een depressie, beoordeelt de algemene levenskwaliteit het laagst, is het meest ontevreden over hun veiligheid en gezondheid, is ook het vaakst slachtoffer van gewelddadige misdrijven, rapporteert verhoudingsgewijs veel lichamelijke klachten en benadrukt dat die klachten hun leven voortdurend beïnvloeden. Zij doen voor een slaapplek het meest een beroep op familie, vrienden en kennissen, hebben verhoudingsgewijs echter het vaakst last van problemen met deze mensen, maar formuleren in die richting wat minder behoefte aan hulp. De vraag is wat er in dagopvangvoorzieningen moet veranderen, opdat ook vrouwelijke feitelijk daklozen er een pleisterplaats vinden. En wat moet er gebeuren om deze vrouwen een plek te geven in woonvoorzieningen? Is er specifieke, op vrouwen gerichte (outreachinge, ambulante) hulp nodig? En ten slotte, wat moet er gebeuren om deze vrouwen meer bescherming te bieden?

#### Literatuur

1. Gemeente Den Haag. Monitor Sociaal Kwetsbaren 2001. Den Haag: Gemeente Den Haag. Dienst OCW, 2001.
2. Koegel P, Burnam A, Morton S. Enumerating homeless people; alternative strategies and their consequences. *Evaluation Review* 1996; 20:378-403.
3. Gezondheidsraad. Daklozen en thuislozen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995.
4. Korf D, Lettink D, Deben L, Greshof D, Rensen P. Dak- en thuislozen in Amsterdam; tel- en consumentenonderzoek. Amsterdam: UvA/O+S, 1997.
5. Reinking D, Kroon H. Opgevangen in Utrecht; dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio MW-Utrecht. Utrecht: Trimbo-instituut, 1998.
6. Korf D, Deben L, Diemel S, Rensen P, Riper H. Een sleutel voor de toekomst; tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam. Amsterdam: Thela Thesis, 1999.
7. Reinking D, Nicholas S, Leiden Iv, Bakel Hv, Zwikker M, Wolf J. Daklozen in Den Haag. Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie. Utrecht: Trimbo-instituut, 2001.

8. Koegel P, Burnam A, Farr RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 1085-92.
9. Schrijvers CTM, Abbenhuis GM, Goor LAMvd. De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: Resultaten van een onderzoek bij druggebruikers in Rotterdam en Groningen. Rotterdam: IVO, 1997. (Deze definitie komt overeen met die van Koegel en Buram (8) en geldt als een internationale standaard in het epidemiologisch onderzoek naar dak- en thuislozen.)
10. Lehman AF, Kernan E, DeForge BR, Dixon L. Effects of homelessness on the Quality of Life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1995; 46:922-26.
11. Bijl RV, Zessen Gv, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997;141:2453-60.
12. Smith EM, North CS, Spitznagel EL. A systematic study of mental illness, substance abuse, and treatment in 600 homeless men. *Annals of Clinical Psychiatry* 1992; 4:111-19.
13. Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU. Mental Illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1996; 246:185-96.
14. Vásquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95:523-30.
15. Deben L, Rensen P. *Uitgeteld!. Buitenslapers in Amsterdam 1995-2001*. Amsterdam: Aksant, 2001.
16. Svikis DS, McCaul ME, Haug NA, Boney TY. Detecting alcohol problems in drug-dependent women of childbearing age. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1996; 222: 563-75.
17. Lehman AF, Myers C, Dizon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1996; 184: 228-33.
18. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Jeugd 2001; cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: CBS, 2001.
19. Wolf J, Zwikker M, Nicholas S, Bakel Hv, Reinking D, Leiden Iv. *Op achterstand (werktitel)*. Een onderzoek naar verkommering en verloedering in de gemeente Den Haag. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002 (in voorbereiding).
20. Graaf Id, Wildschut J, Mheen Dvd. *Utrechtse druggebruikers: een jachtig bestaan; verslag van twee jaar Drug Monitoring Systeem onder Utrechtse (bijna) dagelijkse gebruikers van heroïne, cocaïne en andere drugs*. Utrecht: IVO, 2000.
21. Wolf J, Bransen E, Nicholas S. *Mensen in de marge*. Kenmerken van sociale kwetsbaarheid. *Justitiële Verkenningen* 2001; 27:19-38.
22. Doorn Lv. *Een tijd op straat; een volgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht*. Utrecht: NIZW, 2002 (academisch proefschrift).
23. Cate Pt. *Een frisse wind door de Schilderswijk*. Evaluatie van de startfase van het project Tyfoon, een wijkgerichte aanpak van drugsoverlast. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
24. Tiemeijer J. *Haagse casemanager helpt bij drugsoverlast*. *Passage* 2001; 10:77-85.
25. Sullivan G, Burnham A, Koegel P, Hollenberg J. *Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the Course of Homelessness study*. *Psychiatric Services* 2000; 51:1135-41.
26. Wolf J, Burnam A, Koegel P, Sullivan G, Morton S. *Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 391-98.
27. Eland-Goossens MA. *Opiate addicts in and outside of treatment; different populations (dissertation)*. Rotterdam: IVO, 1997.
28. Wamel Av, Eland A. *Buiten bereik; allochtone drugsgebruikers buiten de hulpverlening*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.



# Dagboek vaccinatiecampagne meningokokken in Den Haag

M.H. Waterman

Afgelopen zomermaanden voerde de GGD in het hele land het eerste deel uit van de vaccinatiecampagne Meningokokken C. Kinderen van nul tot vijf jaar en jongeren van vijftien tot negentien gaven in groten getale gehoor aan de oproep zich te laten inenten. Voor de GGD een hele organisatie om een en ander zonder fouten en haperingen te laten verlopen. Mark Waterman had de coördinatie over de Haagse priklokaties Overbosch en Loosduinen. Op verzoek van de redactie hield hij deze weken een dagboek bij.

## Dag 1, 27 juni 02

05.00: de hele familie is nog in diepe slaap als ik 's ochtends de eerste dag van de campagne mijn bed uit rol. Vandaag begint Overbosch, gisteren is het Zuiderpark al gestart. Het is vroeg, maar na een snelle douche en kop koffie ben ik wakker. In de auto op weg naar De Haag. Via de Thorbeckelaan (even mijn post bij de GGD lezen) op naar de sporthal. Het is kwart voor zeven als ik arriveer. De deur is nog op slot, het parkeerterrein uitgestorven.

06.50: na een minuut of vijf komt de beheerder, de deur gaat open en, gewapend met lap-top, zes mobiele telefoons, lijsten van medewerkers voor de ochtend- en middagploeg en het draaiboek, betreed ik de sporthal. De zaal oogt ruim en kan de beoogde maximale toestroom van 300 personen per uur wel verstouwen. Om zeven uur komen de coördinatoren binnen, de harde kern van de organisatie. Op een 'goede morgen' na wordt er nog weinig gezegd. Ik hoop op koffie, maar die laat nog even op zich wachten.

07.27: er worden zo'n 2500 vaccins afgeleverd. De vaccins gaan meteen de koelkast in en de eerste ploeg begint de eerste serie vaccins gereed te maken. Voor vandaag zijn er 2530 oproepen de deur uit gegaan. We schatten op basis van gegevens van de Haagse apotheken, dat ca 20% van de kinderen reeds is gevaccineerd. 08.05: de vaccinatielijnen zijn ingericht, de ploeg is compleet. Na de briefing van de lokatiemanager (ondergetekende) over spelregels, huishoudelijke



Logo vaccinatiecampagne Meningokokken C, zomer 2002

zaken e.d. kunnen we beginnen. De algemene spelregels zijn vrij simpel: niet roken, medisch personeel draagt een wit t-shirt en de anderen een geel t-shirt. Priklijnen zijn voor niet-medisch personeel streng verboden in verband met prikaccidenten.

Wijzigingen in de gang van zaken mogen uitsluitend na overleg met de coördinator controlebalie, informatiebalie en/of vaccinatielij. Voor alle facilitaire zaken, perscontacten en lastige beslissingen is de lokatiemanager aanspreekbaar, voor medisch inhoudelijke zaken de arts vaccinatielij of de arts informatiebalie. Kortom, de voor de hand liggende spelregels.

De route is als volgt: mensen met een oproepkaart gaan naar de controlebalie. Oproepkaart en toestemmingsvereiste worden gecontroleerd. Indien akkoord, wordt de oproepkaart gestempeld en wordt men, voor zover er geen bijzondere medische aandachtspunten zijn, doorgestuurd naar de priklijnen. Mensen met een dubbele oproep of zonder oproep gaan naar het administratieve gedeelte van de informatiebalie. Dubbele oproepen worden aan elkaar geniet, om telfouten in een later stadium te voorkomen. Via een laptop met een database met de GBA-gegevens (gemeentelijke bevolkingsadministratie) kunnen we checken of kinderen die zonder oproep komen om te worden vacci-



neerd, ten onrechte geen oproep hebben gekregen. Indien dat het geval is kunnen we ter plekke een oproepkaart uitdraaien. Voor illegale kinderen kunnen ook oproepkaarten worden gemaakt. Nadat de oproepkaart is gestempeld kan men worden doorge-stuurd naar de priklijnen.

Voor vragen van medische aard (zwanger, koorts, onlangs gevaccineerd, cytostatica, etc.) is het 'medische deel' van de informatiebalie bedoeld. Ook wordt door de informatiebalie bij ontbreken van het noodzakelijke toestemmingsvereiste, contact opgenomen met ouders of huisarts. Na positief advies van de informatiebalie wordt men naar de vaccinatielijnen doorge-stuurd.

Bij het verlaten van de vaccinatielijnen krijgen de ouders een bijwerkingenfolder. De kinderen krijgen een ballon. Bij de uitgang van de sporthal krijgt een deel van de ouders en tieners het verzoek mee te werken aan onderzoek. Het gaat onder andere om onderzoek van het RIVM over bijwerkingen van het vaccin

(gevraagd wordt om na twee weken een ingevulde vragenlijst aan het RIVM te retourneren). Via korte interviews evalueren we onder andere de klanttevredenheid, de risicoperceptie en de logistieke organisatie.

08.10: iedereen krijgt nog de laatste operationele instructies van zijn/haar coördinator. De grootste gevoelens van onzekerheid lijken te verdwijnen, de 'wat als-vragen' zijn wat minder.

08.15 uur: ik krijg het signaal dat men er klaar voor is. De deur gaat open en de eerste tien kinderen komen binnen.

09.15 uur: ik krijg een telefoontje van de lokatiemanager in het Zuiderpark, daar moet de boel ook nog op gang komen. We wensen elkaar succes.



'Goed gedaan, nu een ijsje!'

### *De bewaking vraagt of de hond ook moet worden geprikt ...*

09.30 uur: de collega's op de parkeerplaats die de verkeersstromen reguleren staan druk te zwaaien met hun armen. Moeders met kinderwagens lijken voorrang te krijgen. Eens even horen wat de commentaren zijn: 'Dat heb je goed gedaan, nu een ijsje', 'Hé, zijn jullie hier ook? Nou, fluitje van een cent hoor, je bent zo weer de deur uit', 'Kijk, je krijgt zo een mooie ballon'.  
11.30 uur: gezin met hond aan de deur, de bewaking vraagt of de hond soms ook geprikt moet worden. De hond wordt resoluut de deur uit gezet, met wat gemopper volgt men de aanwijzingen.

12.30 uur: ik spreek af dat de eerste lichte medewerkers alvast gaat lunchen. De mensen die de hele dag aanwezig zijn, gaan eerst. Om 13.00 hebben we gepland de deur voor een uur te sluiten. Maar de deur gaat niet op slot en om 13.05 komt een rennende vader met kind de zaal binnenstormen. Snel een spuit, bijwerkingenfolder, ballon en ook wij kunnen gaan

lunchen.

13.30 uur: de eerste mensen van de middagploeg zijn gearriveerd. Een deel van de

ochtendploeg verdwijnt en gaat 's middags weer aan het reguliere werk. De coördinatoren zijn voor de middag gelukkig dezelfde personen. De ploeg laat zich registreren bij de P&O-medewerkers. Het is een drukte van jewelste. De nieuwe medewerkers krijgen allen een t-shirt en badge.

13.45 uur: ik ga op een stoel staan voor de briefing van de middag. 'Niet roken, t-shirts mag je houden, vergeet niet je te melden bij P&O, de coördinatoren voor vanmiddag zijn...., mijn naam is Mark Waterman, als lokatiemanager aanspreekbaar voor van alles en nog wat. Het is strikt verboden met de pers te praten. Het kan zijn dat er een cameraploeg komt om opnames te maken voor een documentaire over deze campagne, in opdracht van de gemeente Den Haag. Veel succes vanmiddag en bespreek zaken die niet goed lopen eerst met je coördinator.'

13.55 uur: ik geef het signaal aan de bewaking dat de deuren open kunnen. Er staat inmiddels een groep mensen van zo'n vijftig personen. Opa's, oma's, vrienden en vriendinnen, iedereen lijkt mee te komen.

14.30 uur: we gaan hard door de ballonnen heen, de EHBO'ers helpen de ballonnen op te blazen. Af en toe wordt het gehuil in de hal doorbroken door een knal van een geknapte ballon. Inmiddels zijn er zo'n 725 kinderen gevaccineerd. Ben benieuwd waar we vanavond op uitkomen.

14.50 uur: ik begin mijn benen te voelen. Veel tieners hebben pappa of mamma meegenomen. Voor de deur staat een groepje van vijf zestienjarige jongens en mei-

den. Ze durven niet. Op mijn suggestie aan een dreumes van vijf te vragen hoe het was en de mededeling dat ze ook zo'n mooie ballon krijgen, gaan ze schoorvoetend naar binnen. Hoe dichterbij de zaal, hoe langzamer het gaat. Na afloop buiten hoor ik stoere verhalen.

16.30 uur: nog ruim twee uur te gaan. Ik bel het secretariaat op de Thorbeckelaan of er nog dringende telefoontjes zijn. Dat is niet het geval, ambivalent gevoel, business goes on as usual, ik kan toch gemist worden.

17.00 uur: gemopper van de mensen die aan de balie de oproepkaarten controleren. Men zit op de tocht en heeft het koud. Besluit die balie morgenochtend elders neer te zetten. Mensen beginnen ook een beetje flauw te worden. Met de uitbater in de kantine spreek ik af een voorraad bitterballen in de strijd te gooien.

Waarop ik aan het eind van de dag word aangesproken dat ik geen rekening heb gehouden met vegetariërs en mensen die geen varkensvlees eten. Stom! Het pad van een lokatiemanager gaat niet over rozen.

17.35 uur: even wat aantekeningen ten behoeve van het dagboek. Ook tijd voor het ophalen van de email: 39 berichtjes, waarvan zes over meningokokken. Het rooster van de medewerkers die morgen meedraaien is er nog niet, dat zal vanavond wel komen.

17.45 uur: de toeloop wordt minder. Spreek met de coördinatoren af, dat we de personele bezetting met 50% reduceren. We sluiten twee van de vijf priklijnen. Aan de mensen die de hele dag hebben gestaan is te zien dat het een lange dag is geweest.



Priklijnen in sporthal Overbosch

18.00 uur: 1275 kinderen gevaccineerd. Gelukkig geen prikaccidenten vandaag en nog veertig minuten te gaan. Opeens lijkt het weer wat drukker. Toch weer zo'n 15 kinderen zonder oproepkaart. Een moeder met een jongen van 13 jaar wordt weggestuurd. Hij is pas in september aan de beurt. Wel gemopper, maar

het wordt geaccepteerd.

18.28 uur: de laatste minuten van vandaag. Er is nog één priklijn open. Afvalbakken worden geleegd, tafels in de gesloten priklijnen worden schoongemaakt.

18.55 uur: Opruimen, overgebleven vaccins tellen, oproepkaarten tellen, verloren gegaan vaccins tellen en dan de vergelijking met de startvoorraad. Drie oproepkaarten gemist en 1302 kinderen gevaccineerd.

18.15 uur: het resterende vaccin wordt opgehaald om naar het Zuiderpark te worden vervoerd.

18.30 uur: ik rijd naar huis. Ben om kwart over acht thuis, 'Goede tijden' staat aan en de twee oudsten wensen niet te worden gestoord. Hebben hun vader niet gemist. Ben blij als ik ze om kwart voor negen in bed heb.

21.15 uur: na een snelle hap nog even het personeelsrooster van morgen van de mail gehaald. Een fax naar het RIVM over flauwvallers is vandaag niet nodig. Van de EHBO geen meldingen gehad.

21.45 uur: nog even bijpraten, afwasmachine en naar bed.

#### Dag 2, 28 juni

05.00 uur: de wekker... de kinderen uit Den Haag .... Vannacht hoorde ik in mijn slaap gehuil. Douche, koffie, auto, om 6.40 uur in Den Haag op lokatie. Heb gisteren nog wat routeborden in de auto gedaan. Het onderscheid ingang en uitgang was onvoldoende duidelijk. Om 6.55 uur komt een kleine auto met vader, moeder en vijf kinderen het parkeerterrein op rijden. Vragen of hier vandaag wordt gevaccineerd. Ik bevestig dat en zeg dat ze aan de vroege kant zijn. Vader begint te lachen. Wil zeker weten dat hij het weet te vinden, het is toch zeer belangrijk dat zijn kinderen worden geprikt?! Lachend verdwijnen ze weer.

6.45 uur: de beheerder doet de deur open en daar ga ik weer met de zes mobiele telefoons en laptop. Het vaccin is gearriveerd. Vandaag 2400 vaccins.

7.15 uur: coördinatoren en de eerste anderen zijn aanwezig. We besluiten de controlebalie te verplaatsen om de tochtproblematiek van gisteren te vermijden. Mijn verzoek om 's ochtends eerder met koffie te komen is gehonoreerd.

7.45 uur: we zijn bijna compleet, voldoende spuiten gereed, dus starten met de briefing. Niet roken, afstemming met je coördinator, pers alleen via de lokatiemanager, persoonlijke eigendommen in kleedkamer 2, lokatiemanager heeft de sleutel, etc.. Hoor iemand zeggen 'Wie is dat?'. Natuurlijk... vergeten, mijn naam is... ben vandaag aanspreekbaar voor...

8.00 uur: de coördinatoren instrueren hun ploegen. Na een minuut of tien krijg ik het signaal dat iedereen

gereed is. Krijg een eerste signaal dat de koffie op is. De eerste veertig mensen lopen binnen. Ook nu is het gehalte opa en oma hoog.

9.00 uur: heb tussendoor nog even werkoverleg over de medische opvang asielzoekers en een aantal personele aangelegenheden. Word hierbij vijf keer gestoord. Moet ik niet meer doen, dergelijk overleg tijdens een dergelijke campagne.

9.45 uur: ik maak een rondje buiten. Veel ouders en kinderen kennen elkaar. Veel gele ballonnen, de parkeerplaats is weer bijna vol.

11.00 uur: bij de informatiebalie gaat het gerucht dat het Zuiderpark makkelijk omgaat met kinderen die in september pas aan de beurt zijn. Ik bel met mijn collega in het Zuiderpark om te checken. Het verhaal klopt niet. September is september. Er was wel een familie die in september en oktober nog in het buitenland verblijft. Eén van de drie kinderen is daarom alvast gevaccineerd.

12.30 uur: lunch. Ook vandaag komen er tot kwart over één mensen binnen. Wellicht is het te overwegen om bij de vervolgcampagne in september tussen de middag gewoon door te gaan, in plaats van te sluiten tussen één en twee.

13.30 uur: de eerste mensen van de middagploeg hebben zich reeds gemeld.

13.45 uur: we starten de middagsessie. Ik loop even bij de EHBO'ers langs. Gisteren toch drie 'bijna'-flauwvallers. Spreek af dat dit in het vervolg geregistreerd wordt met het RIVM-formulier. Moet die formulieren 's avonds naar het RIVM faxen. Hoor bij de vaccinatielijns dat we vanochtend zo'n 650 kinderen hebben gevaccineerd.

14.55 uur: zoek even rust voor het lezen en beantwoorden van mijn email. Krijg ondertussen drie telefoontjes van mensen die morgen zouden werken, maar ziek zijn. Ik hoop dat we morgen de bezetting compleet hebben. Gelukkig hoef ik dat niet zelf te plannen. Maak een rondje, alles loopt als een trein. Gouden ploeg volgens mij. Er wordt hard gewerkt.

15.45 uur: frisdranken en koffie en thee worden zonder te vragen klaar gezet. De catering raakt op ons ingespeeld.

17.45 uur: ook vandaag beginnen we rond deze tijd twee van de vaccinatielijns te sluiten. Om 19.00 uur sluiten we de deur en zijn er 1308 kinderen gevaccineerd. De familie van vanochtend heb ik niet meer gezien.

20.25 uur: Thuis word ik op straat opgewacht. De kinderen willen allemaal tegelijk hun verhaal doen. De oudste meldt dat ik over anderhalve week niet te laat mag zijn in verband met de musical. Ik schrik. Geluk-

kig is de uitvoering 11 juli, de 10e is de laatste dag van deze ronde voor de zomer.

Weekend..., veel aandacht voor de thuissituatie.

### Dag 3, 1 juli

Ik word met veel moeite wakker, als dat maar goed gaat tot en met 10 juli. Ben wel op tijd in Den Haag en rij nog even langs de GGD. De stapel post valt mee. Snel door naar Overbosch. De briefing wordt voor mijn gevoel steeds korter.

De afspraak met mezelf om gedetailleerd een dagboek bij te houden laat ik schieten. Ik ga meer staccato de belevenissen verslaan in mijn notitieblok.

Begin van de middag wordt ik aangesproken door één van de studenten (arts in opleiding): er is een prikaccident, hij heeft met een gebruikte naald in zijn eigen hand geprikt. De student zelf blijft er redelijk nuchter onder. Het meisje van zeventien dat bij het voorval betrokken is, maakt zich vooral druk over het feit dat ze eerst toestemming van haar baas moet hebben, om in werktijd bij de GGD haar bloed te laten controleren. Na telefonisch contact met haar werkgever wordt afgesproken dat zij morgenochtend, vóór werktijd, op de Thorbeckelaan langs kan komen. Ik meld me even af bij de coördinatoren en ga met de student naar de Thorbeckelaan. Hij meldt zijdelings dat er iemand heeft gezegd dat hij vandaag niet meer mag prikken, en vraagt of dat klopt. Wat mij betreft is dat afhankelijk van zijn eigen gemoedstoestand. Een uur later zijn we weer in Overbosch. Het is redelijk druk. De zesde priklijn is open. Ik maak een rondje, alles loopt op rolletjes.

Vijf minuten later word ik aangesproken door de coördinator informatiebalie. Er staat een meneer uit Egypte met twee kinderen uit de groep die pas in september wordt geprikt. De meneer werkt in Holland



Overleg over familie uit Egypte ...

en zijn kinderen zijn hier op vakantie. Ik besluit dat we de kinderen niet prikken en adviseer dat de man via de huisarts zijn kinderen laat vaccineren. Er volgt geen discussie. De man begrijpt de argumenten. Aan het eind van de dag zijn er 1504 kinderen gevaccineerd. 2530 Kinderen zijn opgeroepen, dus met de 20% reeds gevaccineerden zitten we in Overbosch op 84%.

's Avonds fax ik om een uur of elf het formulier met gegevens van twee (bijna-)flauwvallers naar het RIVM. Snel nog even het rooster van morgen van de email halen en naar bed.

#### Dag 4, 2 juli

De één na laatste dag in Overbosch. De briefing gaat lekker snel. Vergeet overigens weer mijn naam te noemen en word daar door een vijftal studenten gelijktijdig op een jolige manier op gewezen.

De gemiddelde doorlooptijd vandaag is zes minuten. Mooie score, ben benieuwd naar het resultaat aan het einde van de dag. Het aantal telefoontjes van mensen die op een ander tijdstip of andere lokatie geprikt willen worden neemt toe. Het aantal mails ook nu mensen merken dat ik in de sporthal per email bereikbaar ben.

Voordat ik het in de gaten heb is het kwart over zes. Wat opvalt is dat ieders energie boven verwachting hoog is. Ik hoop dat we dat zo houden. De stand van zaken om zeven uur is 1402 gevaccineerde kinderen.

#### Dag 5, 3 juli

Laatste dag op Overbosch. Het zal een lange dag worden, want we moeten in Loosduinen de lokatie ook nog opbouwen. Er zijn 1402 kinderen opgeroepen. De sfeer is nog steeds goed. Ik krijg vandaag de eerste signalen van mensen die het gehuil en gekrijs wel zat zijn.

Om half zes constateer ik dat de dag is omgevlogen. Het opruimen is eigenlijk zo gebeurd. Vele handen... Om kwart voor zeven zijn 1263 kinderen gevaccineerd. Om half acht vertrekken we naar Loosduinen om daar de boel op te bouwen. De zaal hier oogt een stuk ruimer. De verschillende balies en prikklijnen zijn snel opgesteld. Ik ben nog niet helemaal tevreden over de privacy bij de prikklijnen, maar de kamerschermen zijn op. Kunnen we om deze tijd ook niet meer regelen. Om half negen snel wat Chinees aan de Thorbeckelaan en om half tien naar het hotel. Ik ga op bed liggen om nog even Nova te kijken en word de volgende ochtend (met mijn kleren aan) om kwart over zes wak-

ker door de wekservice van het hotel. Gaat het wel goed?

#### Dag 6, 4 juli

Om half zeven in Loosduinen, het hek is al open. Ik krijg een hele set met sleutels van deuren van de sporthal en kleedkamers. Ik ga naar buiten om de laatste routeborden op te hangen. Vandaag zijn er 2760 kinderen opgeroepen. Om kwart voor acht is iedereen aanwezig, de vaccins zijn er en ik ben klaar voor de briefing. Daar gaat de riedel weer. Aan het eind van de ochtend zijn zo'n 850 kinderen gevaccineerd. Iedereen heeft het gevoel dat het in deze lokatie door akoestiek en ruimtelijk effect een stuk minder druk is dan in sporthal Overbosch. Tochtproblemen hebben we hier ook. Na de lunch verplaatsen we de controlebalie. De extra kamerschermen zijn nog niet geleverd. Een aantal opgeschoten tienerjongens probeert een glimp op te vangen van de tienermeiden. De jongens worden gesommeerd buiten te wachten. Ik bel waar

de kamerschermen blijven.

De bijwerkingenfolder is bijna op. Gelukkig is de bode net vertrokken van het Zuiderpark en rijdt hij via de

### *Afen toe wordt het gehuil in de hal doorbroken door de knal van een geknapte ballon*

Thorbeckelaan naar Loosduinen. Als de bode arriveert krijg ik de mededeling dat de dopjes voor de oorthermometers bijna op zijn. Bellen met de leverancier, want ze waren besteld. Zonder dopje doet het apparaat het niet, even lijkt het crisis.

De kamerschermen arriveren. Snel neergezet, het scheelt wel. Ik kijk op mijn horloge. Alweer half zes. Tussen de bedrijven door krijg ik een verloren of vergeten identiteitskaart en een bril in mijn handen gestopt. Gevonden voorwerpen bij de vleet. Ik bel het stadsdeelkantoor Loosduinen, niemand meer bereikbaar. Morgenochtend opnieuw proberen.

Eindstand wordt 1628 gevaccineerden voor vandaag. Het overgebleven vaccin en de oproepkaarten worden meegenomen.

Om elf uur rol ik mijn bed in.

#### Dag 7, 5 juli

Gelukkig bijna weekend. Hoop dat de dag snel gaat. De start in Loosduinen lijkt iets anders te voorspellen. Als ik om tien voor zeven nog wat routeborden sta te bevestigen word ik naar binnen geroepen. Een spoed-telefoontje voor Mark Waterman. De bode aan de telefoon is lichtelijk in paniek. Hij kan de businesslounge van ADO niet in, waarmee het vaccin voor deze campagnedag onbereikbaar is. Ik vloek en denk aan de tweehonderd Hagenaars die om 9 uur bij ons



voor de deur zullen staan. Crisis. Ik pak mijn telefoonlijst en ga bellen. Krijg voicemailen en vloek opnieuw. Vreemd dat als je een aantal dagen van vroeg tot laat in de weer bent, je er van uit gaat dat je collega's ook al lang en breed op zijn. Eindelijk krijg ik iemand te pakken die net op weg is naar Loosduinen, hij rijdt door naar het Zuiderpark om te helpen. Ondertussen hoor ik waar het telefoonnummer van de beheerder te vinden is. Op een sticker boven de binnendeur. Maar die sticker is pas te lezen als de buitendeur van het slot is. Ik bel de bode, die mij meldt zich in gezelschap te bevinden van een grote groep mensen die de lounge hebben afgehuurd voor een feest. Zij blijken de sleutel te hebben van de buitendeur, maar niet van de binnendeur. Daarvoor zou iemand komen. De bode belt het nummer boven de binnendeur en ondertussen arriveert de betreffende sleutelman. Met duizend maal excuus, hij had zich verslapen.

Om acht uur arriveert ons vaccin. De gouden ploeg werpt zich in de strijd en om kwart over acht gaan de deuren open. De klanten hebben niets gemerkt, sterker nog, opnieuw ontvangen we zeer positieve signalen over de vlotte manier waarop men wordt geholpen. Om half twaalf krijg ik de mededeling dat we bijna door de ballonnen heen zijn. Terwijl ik met een microfoon rondloop - er worden opnames gemaakt voor de documentaire - bel ik met de bode om met spoed ballonnen te leveren. We redden het net, bij de lunch hebben we nog één ballon over. De briefing wordt gefilmd. Ik verspreek me, 'het is strikt verboden niet met de pers te praten'. Ik spreek de cameraploeg aan om dat er uit te knippen. Ik krijg een eerste klacht. Een gezin benadert me, waarvan de vader me aanspreekt. Of er iemand van de organisatie aanwezig is. De man geeft me complimenten voor de perfecte organisatie. Ik ben blij verrast, maar krijg vervolgens een kanonnade: de familie had op advies van het call-



Sporthal Loosduinen, wachttijd nooit langer dan 10 minuten

centre 's ochtends bij een dichte sporthal Overbosch gestaan. Ik bied mijn excuus aan, meer kan ik op dat moment niet doen. Wel een aandachtspunt voor september. Verder lijkt alles voorspoedig te lopen. Eind van de dag is het resultaat 1834 gevaccineerde kinderen. De wachttijd is nooit langer dan tien minuten geweest, ouders en kinderen zijn zeer tevreden. Om kwart voor acht duik ik de auto in, het weekend staat voor de deur, in de hoop dat maandag weer het 'gouden team' beschikbaar is ...

#### Dag 8, 8 juli

Maandag, laatste week, nog drie dagen te gaan in Loosduinen. Er zijn vandaag 2760 kinderen opgeroepen. Ook vandaag heb ik het weer gered om op tijd te zijn. Word tijdens het aansluiten van de notebooks met GBA- en huisartsgegevens gebeld door de bode. Degene die de deur bij ADO moet openen is weer eens te laat. Tien minuten later word ik gebeld, de vaccins zijn onderweg. Een goed begin van de week?! Om tien over acht zijn we compleet. Vier nieuwe gezichten en een korte briefing. Vraag expliciet aandacht om bij de vaccinatielijnen de oproepkaarten in te nemen. Ik word aangesproken, er is een handtas gevonden. De tas wordt in mijn aanwezigheid geopend. Vijf agenda's, waarvan één met een mobiel nummer. Het nummer wordt snel gebeld en meteen contact. Een mevrouw, inderdaad op zoek naar haar tas. Ze loopt gelukkig nog in de hal en de tas is snel afgegeven. Weer een tevreden klant. We draaien geruime tijd met een zesde vaccinatielijne, het loopt goed. Tussendoor probeer ik mijn gedachten te ordenen voor het najaar. We zouden hier best van half negen tot half zeven volcontinu kunnen doorwerken, in plaats van tussen één en twee gesloten te zijn. Twee extra notebooks of PC's met internet en emailfaciliteiten zouden wel handig zijn. Mijn lijstje wordt steeds langer. Na de lunch loopt het weer vol. Ik krijg van diverse ouders de opmerking dat het taxibusje ook vanaf tramlijn 3 en 6 zou moeten rijden. Ook iets voor het lijstje. Ik wip er even tussenuit om langs het dichtstbijzijnde politiebureau te gaan met de gevonden voorwerpen.

Het taxibusje loopt leeg. Dat er zoveel mensen in zo'n busje kunnen, om over kinderwagens nog maar niet te spreken. Het busje gaat gelijk overvol weer terug. Spreek de chauffeur nog even aan of er een extra busje moet worden ingezet. Is volgens hem niet nodig. In de sporthal is het een drukte van belang. Krijg weer een lading gevonden voorwerpen (knuffels, borstel, haarlint, t-shirt). Alles loopt op rolletjes, ik zie bij de medewerkers glimlachende gezichten. Inmiddels zijn

er zo'n 1450 kinderen gevaccineerd. Ik ben benieuwd of het dagrecord van vrijdag wordt gehaald. Na wat telefonische ziekmeldingen en het regelen van een nieuwe voorraad bijwerkingenfolders is het alweer half zes. De tijd lijkt steeds sneller te gaan. De eindstand van vandaag is 1804 gevaccineerde kinderen. Thuis zitten de twee oudsten weer voor de tv. Niet storen dus, maar krijg wel de opmerking dat het jammer is dat 'Goede tijden' er niet meer is. Goede tijden voor mij waren de afgelopen dagen, met een goede ploeg mensen. Hoop dat we de laatste twee dagen ook zonder noemenswaardige problemen doorkomen.

#### Dag 9, 9 juli

Dinsdag, nog twee dagen te gaan. Ben vanochtend eerder dan de beheerder bij de sporthal in Loosduinen. Rij nog even een rondje, de poort zit dicht. Vandaag is het vaccin gelukkig op tijd. Tijdens de briefing blijken er toch nog twee nieuwe gezichten te zijn. De briefing gaat op de automatische piloot. Ik vergeet me zelfs niet meer voor te stellen. Vandaag zijn er wederom 2760 kids opgeroepen. Ik hoop dat we in de buurt van de 1800 vaccinaties uitkomen. In de loop van de ochtend een flauwvaller. Door de EHBO op de brancard gelegd en richting kleedkamer gebracht. Op de voorlaatste dag constateren we dat de brancard niet rijdend de kleedkamer in kan. Beter laat dan nooit? Meisje eraf, brancard op z'n kant, maar dat lukt ook niet. Even rustig zitten in de kleedkamer dan. Na een minuut of tien gaat het weer. Nieuw aandachtspunt voor het wensenlijstje voor september. Even snel de email, geen dringende zaken. Ik merk dat mijn mobiele telefoonnummer driftig wordt gebeld. Binnen een uur tien telefoontjes. Mijn agenda voor overmorgen is overvol met actiepunten. Gelukkig gaat het andere werk gewoon door. Aan het einde van de ochtendsessie zijn er 960 kinderen gevaccineerd. De lunch is weer voortreffelijk, de vrijwilligers hebben zich behoorlijk uitgesloofd. Het is toch bijzonder hoe we verwend worden. Het zonnetje schijnt en veel mensen zitten buiten. Ik neem even drie kwartier voor mezelf om zaken voor het reguliere werk te kunnen regelen. Na het 25ste telefoontje is het inmiddels drie uur geworden.

Om half zes gaan de eerste medewerkers naar huis. Er worden snel nog wat ballonnen opgepompt voor morgen met een door één van de EHBO'ers meegebrachte elektrische pomp. Net als de afgelopen dagen komen er op de valreep nog mensen binnen. Er wor-

den toch nog acht kinderen geprikt. De score van vandaag bedraagt uiteindelijk 1796 gevaccineerde kinderen. Op vier na geen 1800. Snel naar huis, morgen de laatste dag.

#### Dag 10, 10 juli

De laatste dag ('voor de zomervakantie', denk ik erbij). Privé wel een opluchting en morgenavond de musical van de oudste. Ik moet daar 's ochtends nog even niet aan denken. Eerst de dag zelf, vanavond alles opruimen en dan nog thuis zien te komen. In de zaal controleer ik eerst of we nog voldoende voorraad van alles hebben. Vandaag 2460 kinderen opgeroepen. Ik zie op het rooster dat ik iedereen ken. Volgens mij heeft iedereen ook al in deze sporthal gewerkt. De briefing kan nog korter. Wel een aanvulling op de dagelijkse routine. Na afloop een drankje en graag even meehelpen om de boel weer op te ruimen. De dag loopt voorspoedig. Anders dan in de voorgaande dagen, lijkt het wel wat rustiger. Ik maak een ronde en zie vermoeide gezichten. Voor een aantal mensen is het zichtbaar

*... op de sticker boven de binnendeur staat het telefoonnummer van de beheerder, maar die sticker is pas te lezen als de buitendeur van het slot is ...*

af tellen. Het is warm en niet zo druk, de personele bezetting is meer dan voldoende. Buiten maak ik een praatje met de verkeersregelaars.

'Niet zo druk hè?' Ik blijf

optimistisch, we hebben de middag nog voor de boeg. Maar ook de middag kabbelt langzaam voort, met een eindstand om half zeven van 1579 kinderen. Uiteindelijk toch nog meer dan ik dacht.

Dan volgt het echte werk ... opruimen. Eigenlijk heeft iedereen het gehad. Drie kwartier later is alles opgeruimd. Het overgebleven vaccin gaat richting ADO, Zuiderpark. De eerste mensen vertrekken, zijn moe en nemen geen drankje meer. Ik bedank ze en hoop dat ze in september weer van de partij zijn.

Dan pakken we de draad weer op.



## korte berichten

### Nieuw verschenen

#### Inhaalslag huisartsen- en ziekenhuiszorg noodzakelijk

Verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg zijn in vergelijking met huisartsen en ziekenhuizen moderner en klantgerichter geworden. Waar in 1997 de huisartsen nog in volle glorie werkten, ziekenhuizen nauwelijks wachttijden kenden en de ouderenzorg behoorlijk bureaucratisch was, zijn de rollen vandaag de dag geheel omgekeerd.

Dit betoogde prof. dr. A.J.P. Schrijvers van het Universitair Medisch Centrum Utrecht bij het verschijnen -onlangs- van het handboek over de volksgezondheid *'Health and Healthcare in The Netherlands'*.

Schrijvers is van mening dat een aantal innovaties in de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) zoals het werken met één regionale toegangspost, een persoonsgebonden budget en financiering per zorgsoort navolging verdient bij ziekenhuizen. "Tot het midden van de jaren negentig kregen huisartsen en ziekenhuizen veel lof toegezwaaid. Huisartsen hadden hun werkwijze volop gemoderniseerd en ziekenhuizen hadden hun bedden met eenderde teruggebracht. In tegenstelling tot onder andere verpleeghuizen en de thuiszorg die vaak bureaucratisch en niet klantgericht waren. De laatstgenoemde sectoren lopen nu voorop met het moderniseren van hun zorg. Zo wordt binnenkort voor deze sectoren de werkdruk gerelateerde financiering ingevoerd. Een verpleeghuis ontvangt meer geld naarmate een patiënt meer zorg behoeft. Het ziekenhuis

kan van het verpleeghuis leren", aldus Schrijvers.

*Deze Health and Healthcare in The Netherlands* betreft de vijfde druk en is geschreven door veertig auteurs, die in dertig hoofdstukken alle aspecten van preventie en gezondheid in alle sectoren van de gezondheidszorg behandelen. Het boek is verkrijgbaar bij de boekhandel of bij Elsevier bedrijfsinformatie, ISBN 90 352 2472 8.

### Onderzoek

#### Hartinfarcten voor het zeventigste levensjaar in principe te voorkomen

Hartinfarcten bij mannen vóór hun zeventigste levensjaar zijn in principe te voorkomen, tenzij men erfelijk is belast. Dat is een van de conclusies van de *Zeven Landen Studie*, een studie onder 12.000 mannen in Nederland, Finland, Italië, Griekenland, voormalig Joegoslavië, Japan en de Verenigde Staten. De resultaten van veertig jaar onderzoek naar gezonde voeding en leefstijl ter preventie van het hartinfarct, werden deze zomer gepresenteerd. Onderzoeksleider voor Nederland is prof. dr. Ir. Daan Kromhout van het RIVM. Veel van de kennis van preventie van hartinfarcten die tegenwoordig vanzelfsprekend is, is mede gebaseerd op de *Zeven Landen Studie*. Bijvoorbeeld dat lichamelijke activiteit een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van overgewicht, hartinfarcten en ouderdomsdiabetes. De studie was het eerste wetenschappelijke onderzoek dat met betrouwbare gegevens liet zien dat het hartinfarct bij mannen van middelbare leeftijd

zes keer vaker voorkomt in Noord-Europa dan in Zuid-Europa. Deze verschillen in het vóórkomen van het hartinfarct worden bijna geheel verklaard door verschillen in voedings- en rookgewoonten.

Zo kan men bij veranderingen in het voedingspatroon beter de traditionele Mediterrane en Japanse keuken tot voorbeeld nemen, dan dat men probeert om Westers voedsel kunstmatig te veranderen tot 'low-fat' of andere dieetvarianten. Tot die conclusie komen de onderzoekers op basis van de constatering dat de gewoonte in landen rond de Middellandse zee om bij het eten een paar glazen wijn te drinken, zorgt voor een lager risico op een hartinfarct. Een voedingspatroon met regelmatig (vette) vis, matig alcoholgebruik en veel groenten, fruit, vezels en onverzadigde vetten is gezond en de samenstelling van het totale voedingspatroon is belangrijker dan individuele voedingsstoffen. Het Nederlandse onderzoek voor de *Zeven Landen Studie* vindt plaats in Zutphen, waar meer dan 1400 mannen bij het onderzoek zijn betrokken. De deelnemers die bij de start van het onderzoek in 1960 van middelbare leeftijd waren, zijn nu hoogbejaard of overleden. Sommigen hebben in die veertig jaar zelfs twintig meetrondes meegemaakt. Dankzij hen, maar ook dankzij diverse generaties van wetenschappers en assistenten, kon een schat aan informatie worden verzameld.

Rapporten van het RIVM zijn beschikbaar op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).

### Actuele informatie

#### Biostatistiek voor public health

Over statistische methoden in public health onderzoek. Hoe selecteert en interpreteert u de juiste methode. U leert artikelen over wetenschappelijk onderzoek beoordelen om beleid te ontwikkelen, een interventie te plannen of verder onderzoek in gang te zetten.

Data: 8, 15, 22, 29 oktober en 4 november

Lokatie: NSPH, Adm.  
Helfrichlaan 1,  
Postbus 8080,  
3503 RB Utrecht.

Informatie: secretariaat  
MPH-opleiding,  
mvleerlaag@nsph.nl,  
www.nsph.nl.

#### Multiculturele Samenleving en Gezondheid

Wat vraagt een multiculturele populatie van de gezondheidszorg en hoe kan de gezondheidszorg beter aansluiten op de multiculturele populatie?

Wat betekent interculturalisatie van de zorg? In deze module zoekt u actief naar antwoorden hierop. Knelpunten bij preventieve en curatieve zorg, aanpassingen en verbeteringen in beleid en interventies en interculturalisatie van de eigen organisatie aan de hand van een situatieanalyse.

Data: 5, 12 en 26 november

Lokatie: NSPH, Adm.  
Helfrichlaan 1,  
Postbus 8080,  
3503 RB Utrecht.

Informatie: secretariaat  
MPH-opleiding,  
mvleerlaag@nsph.nl,  
www.nsph.nl.

#### Ouderen, gezondheid en samenleving

Over de gevolgen van de vergrijzing voor de volksgezondheid en

gezondheidszorg, knelpunten in het huidige zorgsysteem en mogelijke oplossingen voor de nabije toekomst. Financiering van de zorg en preventie: hoe kan de langer levende bevolking een langer gezond levende bevolking worden?

Data: 3, 10 en 17 december

Lokatie: NSPH, Adm.  
Helfrichlaan 1,  
Postbus 8080,  
3503 RB Utrecht.

Informatie: secretariaat  
MPH-opleiding,  
mvleerlaag@nsph.nl,  
www.nsph.nl.

### Aangifte infectieziekten

#### Tweede kwartaal 2002

Meldingen tijdens het tweede kwartaal, stad Den Haag.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten dat in het tweede kwartaal 2002 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd gemeld (116), is bijna verdubbeld vergeleken met dezelfde periode in 2001 (59). Deze stijging is hoofdzakelijk te wijten aan de toename in het aantal meldingen van hepatitis B,-C en kinkhoest. Er zijn geen aanwijzingen dat de toename in het aantal hepatitis B en -C -meldingen in Den Haag een weerspiegeling is van een even grote toename van het aantal nieuwe gevallen in de bevolking. Het gaat immers bijna uitsluitend om chronische dragers. Waarschijnlijker is dat er meer getest wordt op deze ziekten bij mensen uit risicogroepen. De toename in aantal meldingen van kinkhoest is wel het gevolg van een landelijke epidemie die vorige winter begon. Er waren geen opvallende meldingen. Hierna volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

#### Bacillaire dysenterie

In Den Haag werden twee geval-

len gemeld. Eén geval is in het buitenland besmet (India).

#### Hepatitis B

Het aantal meldingen in Den Haag van hepatitis B (36) is bijna drievoudig toegenomen, vergeleken met dezelfde periode vorig jaar, van 15 in 2001 naar 37 in 2002.

Er zijn iets meer vrouwen gemeld dan mannen (56% tegen 44%), dit mogelijk door de routine-screening bij zwangeren.

Van de gevallen waar die informatie bekend (25) is, blijkt dat 72% waarschijnlijk in het buitenland is besmet. Het gaat hier meestal om mensen uit hoogendemische gebieden zoals het Middellandse Zeegebied, Azië en Afrika.

#### Hepatitis C

Het aantal gemelde hepatitis C gevallen in Den Haag is toegenomen van 3 aan het eind van het tweede kwartaal 2001 naar 14 op hetzelfde tijdstip in 2002.

Van de gevallen waar die informatie bekend is (9) blijkt dat 33% waarschijnlijk in het buitenland is besmet. Bij 8 gevallen (57%) is intraveneus druggebruik de waarschijnlijke oorzaak van besmetting.

#### Kinkhoest

De kinkhoestepidemie die in het eerste kwartaal 2001 begon, gaat verder. Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest aan het eind van het tweede kwartaal (47) was beduidend hoger dan dat aan het eind van dezelfde periode vorig jaar (21).

#### Legionellose

Gedurende het tweede kwartaal 2002 zijn 2 gevallen van legionellose vastgesteld. Beide gevallen zijn waarschijnlijk in het buitenland opgelopen. De landelijke autoriteiten zijn hiervan op de hoogte gesteld, opdat men de

internationale surveillance van legionellose kan informeren.

#### *Meningokokken*

In totaal zijn in Den Haag tijdens de twee eerste kwartalen van 2002 9 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld die veroorzaakt zijn door meningokokken. Dit is iets minder dan 2001 (12). De verdeling in types meningokok is als volgt: 1C : 8 andere types. Deze verdeling is normaal in Nederland. Eind juni is de vaccinatiecampagne 'Da's goed gedaan!' tegen meningokok C gestart in Den Haag. Ongeveer 40.000 kinderen van 1 tot 5 jaar en van 15 tot en met 18 jaar zijn uitgenodigd naar één van de drie lokaties in de stad waar

gevaccineerd wordt.

Na de zomer worden de kinderen van 6 tot en met 14 jaar opgeroepen voor vaccinatie.

#### *Malaria*

Het aantal gemelde malariagevallen (13) was hetzelfde als in dezelfde periode vorig jaar.

#### *Voedselinfecties*

Er zijn dit kwartaal 6 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het ging om individuele gevallen van mensen die in de voedingssector of in de verzorgende sector werkzaam zijn, en die daarom moeten worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tijdens het tweede kwartaal is 1

uitbraak van gastro-enteritis in een verpleeghuis gemeld, waarschijnlijk veroorzaakt door een goedartig darmvirus ('buikgriep'). Hierbij hebben 65 personen symptomen gehad, doch zonder ernstige gevolgen. Er waren geen aanwijzingen dat de besmetting via voedsel heeft plaatsgevonden.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*Mw. P. van Leeuwen*

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

*Mw. T. Hiemstra (GGD Delfland - Rijswijk)*

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

## Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

Ziekte	Den Haag t/m 2e kw 2002	West- Holland t/m 2e kw 2002	Rijswijk t/m 2e kw 2002	Totaal regio t/m 2e kw 2002	1e kw regio 2002	2e kw regio 2002	3e kw regio 2002	4e kw regio 2002	totaal regio t/m 2e kw 2001
B-ziekten									
bacillaire dysenterie	2	3	1	6	1	5			15
buiktyfus	2			2	2				4
cholera									
hepatitis A**)	6	1		7	7				9
hepatitis B*)	84	23	1	108	67	41			57
hepatitis C	22	8		30	15	15			45
kinkhoest	112	72	12	196	113	83			130
legionella pneumonie	2		1	3	1	2			2
mazelen									
meningokokkose	9	6	2	17	10	7			14
paratyfus A									
paratyfus B									
tuberculose***)	78			78	40	38			47
voedselvergiftiging of voedselinfectie	8			8	2	6			13
C-ziekten									
brucellose									
E.coli 0157									
leptospirose									
malaria	13	2		15	12	3			16
ornithose/psittacose	3		1	4	2	2			2
Q-koorts									
rode hond									
totaal	341	115	18	474	272	202			355

\*) inclusief dragers

\*\*) In het vorige bulletin is bij de opgave van hepatitis A 'Den Haag' een fout geslopen. Het aantal aangemelde gevallen moest zijn: 6 (in plaats van het vermelde aantal 7).

\*\*\*) Het aantal aangemelde gevallen van tuberculose was: 40 (in plaats van het vermelde aantal 7).









