



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 38, 2003, nummer 1*

## **inhoud**

Redactioneel

## **epidemiologie**

Seksueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag 1994-2001

Trendmatige ontwikkelingen op de Soa-poliklinieken

In-, uit- en doorstroomgegevens van Haagse harddruggebruikers 1993-1998;  
op basis van de registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg

## **volksgezondheid**

Basiszorgcoördinatie voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek

Suikerziekte in de schijnwerpers

Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen

‘Een niet afgehandelde hulpvraag komt altijd terug. Dat maakt de zorg op den duur  
onbetaalbaar’

Interview met directeur STIOM, Trees van der Maat

## **Korte berichten**

# Colofon

maart 2003, 38ste jaargang nr. 1

## Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;  
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum  
Haaglanden, lokatie Westeinde;  
mw. F.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;  
B. Potemans, huisarts in 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-heyne@ocw.denhaag.nl  
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij  
mw. Schreiner.*

## 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>Epidemiologie</b>	
• Seksueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag 1994-2001 Trendmatige ontwikkelingen op de Soa-poliklinieken <i>E.J.M. de Coster, A.P. van Leeuwen, M.P.H. Berns</i>	2
• In-, uit- en doorstroomgegevens van Haagse harddruggebruikers 1993-1998; op basis van de registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg <i>I. Burger, H.W.A. Struben</i>	8
<b>Volksgezondheid</b>	
• Basiszorgcoördinatie voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek <i>H. Wansink, M. Monné- van Wirdum</i>	16
• Suikerziekte in de schijnwerpers Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen <i>K.I.M. Bree, M.L. Roos, I.M. van der Meer</i>	24
• ‘Een niet afgehandelde vraag komt altijd terug. Dat maakt de zorg op den duur onbetaalbaar’ Interview met directeur STIOM Trees van der Maat <i>W. van Rijssel</i>	27
<b>Korte berichten</b>	32

# Redactioneel

## Volksgezondheidpalet

In dit bulletin vijf artikelen die de diversiteit schetsen van volksgezondheidvraagstukken in Den Haag.

Het eerste artikel gaat over de toename van SOA in Den Haag. Indien de landelijke trend doorzet in Den Haag, is het tijd voor een vernieuwd preventieaanbod op het gebied van voorlichting over veilig vrijen, voorbehoedsmiddelen en seksualiteit. De beschrijving van de achtergrondkenmerken van de SOA-cliënten levert daarbij richtinggevende elementen op.

Het artikel over contactpatronen van Haagse harddruggebruikers schetst een voor Nederland uniek onderzoek. Het onderzoek levert beelden op van de verslavingscarrière van Haagse harddruggebruikers. De uitkomsten geven een indicatie van op welke groepen in het circuit de Haagse verslavingszorg zich het meest effectief kan richten.

Vervolgens treft u drie artikelen aan over de Haagse volksgezondheidpraktijk. Het artikel over basiszorgcoördinatie informeert over de ervaringen met een project voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek. De basiszorgcoördinatie blijkt in een behoefte te voorzien. Het gehanteerde casemanagement wordt inmiddels op basis van de beschreven ervaringen ook toegepast voor kinderen van verslaafde ouders. Het artikel over preventie van diabetes bij Haagse Hindostanen laat zien hoe het theater als middel kan worden ingezet voor de bewustwording van risico's. Het artikel is het eerste in een reeks van ervaringen en beschrijvingen van een vierjarig preventieproject ter beïnvloeding van leefstijl.

Ten slotte een interview met Trees van der Maat over acht jaar STIOM in Den Haag. Een schets van een voor Nederland unieke samenwerkingsstructuur in een grote stad.

Het palet van inzichten in problematiek, methodieken en samenwerkingsverbanden geeft een kleurrijk beeld van de Haagse volksgezondheidpraktijk en de oplossingen die daar worden gevonden. Om in dit type beeldspraken door te gaan: het Haags palet levert niet altijd een Rembrandt of Dalí op maar is van meer dan voldoende kwaliteit om te worden tentoongesteld. Van palet tot tentoonstelling, wellicht een nieuwe uitdaging voor professioneel Den Haag.

# Seksueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag 1994-2001

## Trendmatige ontwikkelingen op de Soa-poliklinieken

*E.J.M. de Coster, A.P. van Leeuwen, M.P.H. Berns*

De afgelopen jaren verschijnen er in de media opnieuw berichten over een verontrustende toename van Soa in Nederland en de noodzaak van een doeltreffender preventiebeleid.

Een toename van Soa is een volksgezondheidsprobleem, niet alleen vanwege de gevolgen van de ziekte voor de cliënt zelf, maar ook vanwege het risico op verspreiding naar anderen.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de Haagse situatie. Na een korte inleiding over Soa wordt de organisatie van de Soa-poliklinieken in Den Haag belicht. Vervolgens wordt ingegaan op de beschikbaarheid van Soa-gegevens in Nederland en Den Haag, op basis waarvan het voorkomen van Soa in de poliklinieken van Den Haag wordt vergeleken met het landelijke beeld. Waar de gegevens het toelaten gaan auteurs dieper in op de achtergrondkenmerken van Soa-cliënten.

### Soa

Seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa) zijn besmettelijke ziekten die overdraagbaar zijn door onveilig seksueel contact, meestal door het niet gebruiken van een condoom. Soa verspreiden zich traditioneel vooral binnen bepaalde hoog-risicogroepen zoals homoseksuele mannen, heteroseksuelen met wisselende seksuele contacten, prostituees en hun klanten, en injecterende druggebruikers.

De mate waarin Soa zich kunnen verspreiden hangt van verschillende factoren af. Zo is het aantal nieuwe seksuele partners waarmee onbeschermd contact plaatsvindt in een bepaalde periode, van belang. Een tweede factor is de kans dat een Soa van de ene naar de andere partner wordt overgedragen (de transmissie-efficiëntie). Deze hangt weer af van de prevalentie (het vóórkomen van een Soa in een bepaalde populatie) en veilig seksueel gedrag zoals adequaat condoomgebruik. Ook de duur van de periode waarin iemand besmettelijk blijft bepaalt de kans op verspreiding. Deze laatste factor onderschrijft het belang dat wordt gehecht aan vroege opsporing en behandeling van Soa. Het voorkomen van de 'klassieke' Soa gonorrhoe, syfilis en chlamydia, wordt algemeen beschouwd als een bruikbare graadmeter voor de mate van recent onveilig seksueel gedrag in de bevolking.

### Curatieve Soa-bestrijding in Den Haag

De meeste Soa-cliënten gaan met hun klachten naar de huisarts. Uit recente gegevens van het huisartsenpeilstation blijkt dit ongeveer 70% van de Soa-cliënten te zijn (1).

Soa-cliënten in Den Haag e.o. kunnen ook naar de twee Soa-poliklinieken die Den Haag rijk is: het Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde en het Leyenburg Ziekenhuis. Omdat hiervoor geen verwijzing nodig is, men anoniem kan blijven en de zorg gratis is, worden deze poliklinieken 'drempelvrij' genoemd. Naast de twee poliklinieken in Den Haag zijn er nog vier drempelvrije Soa-poliklinieken, in Amsterdam, Rotterdam (twee poliklinieken) en Utrecht.

De dermatologen in de poliklinieken voeren het onderzoek en de behandeling uit. Sociaal-verpleegkundigen van de GGD bieden mensen die met een nieuwe Soa-hulpvraag of een vastgestelde Soa op de Soa-polikliniek komen, een preventief consult aan. In zo'n consult wordt dieper ingegaan op de redenen die hebben geleid tot onveilig seksueel gedrag, op eventuele partnerwaarschuwing en bronopsporing. Ook wordt voorlichting gegeven om recidive te vermijden.

Over de auteurs:

E.J.M. de Coster, arts, afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding, Mw. A.P. van Leeuwen, arts, afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding en Mw.dr.s. M.P.H. Berns, epidemioloog, afdeling Epidemiologie, allen werkzaam bij de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

## Gegevensverzameling over Soa

### Landelijk

Na de invoering van de nieuwe Infectieziektewet in april 1999 is de verplichte aangifte van de Soa syfilis en gonorrhoe door (huis)artsen afgeschaft. Daarmee verdween in Nederland een belangrijk instrument voor de surveillance van deze twee Soa. Sindsdien kan men zich hiervoor alleen nog baseren op gegevens die bij Soa-poliklinieken worden geregistreerd en bij enkele GGD-en die aan curatieve Soa-bestrijding doen. Sinds 1991 registreren de dermatologen, werkzaam bij dermatologische Soa-poliklinieken, gegevens van nieuwe consulten en gediagnosticeerde Soa. Landelijk worden deze gegevens verzameld door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) (2).

Naast de gegevens van de NVDV is er een tweede bron voor registratie van Soa-gegevens: de sociaal-verpleegkundigen. Zij registreren tijdens de Soa-consulten op de drempelvrije Soa-poliklinieken en bij de GGD-en die aan curatieve Soa-bestrijding doen, op vrijwillige basis ook gegevens. Ze houden een anonieme registratie bij van relevante achtergrondkenmerken van de cliënten, zoals geslacht, leeftijd, geboorteland, reden van bezoek, vastgestelde diagnose, Soa in de voorgeschiedenis, seksuele geartheid, prostitutie en druggebruik. Op landelijk niveau worden deze gegevens verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). De RIVM-registratie omvat alleen gegevens van consulten waarbij daadwerkelijk een Soa-onderzoek of een HIV-test is uitgevoerd (3)(4). Een groot deel van deze gegevens komt uit de grote steden Rotterdam, Utrecht en Den Haag (circa 35 - 40%). De GG&GD Amsterdam houdt al jaren een eigen registratie bij, die niet in de RIVM-registratie is opgenomen (5).

Vanaf 2003 zal een nieuwe landelijke (elektronische) Soa-registratie worden opgezet die beide registratiesystemen integreert.

### Den Haag

De drempelvrije Soa-poliklinieken in Den Haag nemen deel aan beide eerder beschreven registratiesystemen (6). Hoewel de landelijke trends in aantallen consulten en Soa-diagnosen van de NVDV-registratie en de RIVM-registratie in grote lijnen overeenkomen, zal omwille van de consistentie in dit artikel voor de presentatie van zowel de Haagse als de landelijke trends alleen gebruik worden gemaakt van de NVDV-registratie. Het betreft gegevens uit de jaren 1994 tot en met 2001.

Met betrekking tot de achtergrondkenmerken van Soa-clieënten wordt informatie uit de RIVM-registra-

tie gebruikt, aangezien deze gegevens niet in de NVDV-registratie voorkomen. Dit betreft gegevens over de jaren 1999 tot en met 2001.

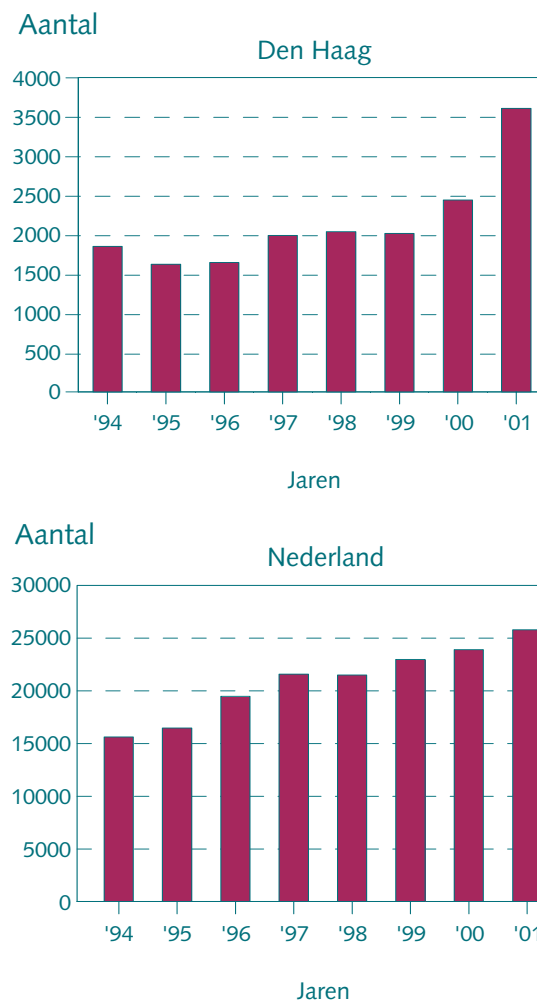
Ten slotte dient vermeld te worden dat vijf Haagse ziekenhuislaboratoria, waaronder die van de twee eerder genoemde ziekenhuizen met drempelvrije Soa-poliklinieken, sinds 2001 gegevens leveren over de in hun laboratoria gediagnosticeerde Soa (de 'klassieke drie'), uitgesplitst naar leeftijdsgroep en geslacht. Ook verzamelen ze gegevens over resistentie-ontwikkeling tegen de voorgeschreven antibiotica. Een toename van resistentie kan wijzen op verkeerd gebruik van antibiotica en is een belangrijk signaal om eventueel behandelingschema's aan te passen. De looptijd van deze registratie is echter nog te kort om er op dit moment gegevens uit te kunnen presenteren.

## De epidemiologie van Soa

### Trends

#### Figuur 1.

Trend in het aantal nieuwe consulten op de Soa-poliklinieken. Den Haag en Nederland (zonder Den Haag), 1994-2001.



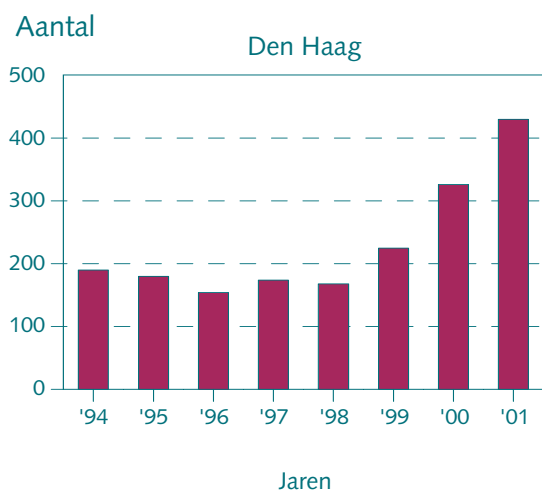
### Aantallen Soa-consulten

In Den Haag daalde het totaal aantal nieuwe consulten bij de twee drempelvrije Soa-poliklinieken in de periode 1994-1995 licht (figuur 1). Vanaf 1999 is er een duidelijk stijgende trend. Vergeleken met 1999 steeg in 2000 het aantal consulten met 21% en in 2001 zelfs met 48%. In de hele periode 1994-2001 is het aantal nieuwe consulten in Den Haag bijna verdubbeld. Uit de RIVM-registratie over de periode 1999-2001 blijkt dat bij de Haagse Soa-poliklinieken het aandeel bezoekers afkomstig van buiten Den Haag stabiel rond de 12% bleef, zodat deze toename niet kan worden toegeschreven aan een verhoogde toestroom van bezoekers van buiten Den Haag.

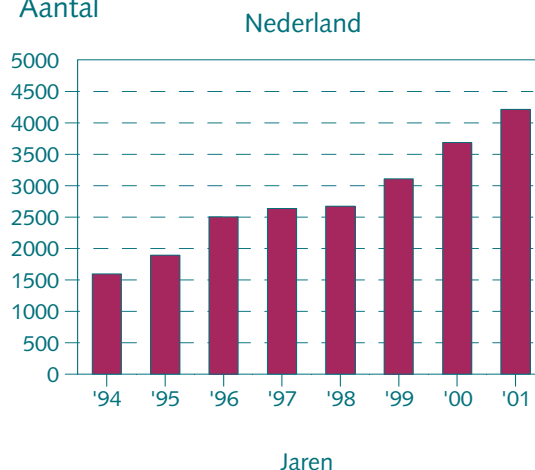
Uit de landelijke NVDV-registratie blijkt dat het totaal aantal nieuwe consulten bij de drempelvrije poliklinieken in Nederland, exclusief Den Haag, in de periode 1994-2001 met 65% is toegenomen (2). De sterkste toename had plaats in 1996 (18%). De toename in de periode 2000-2001 bedroeg 8% maar zou een onderschatting zijn, te wijten aan capaciteitsproblemen bij de grootste polikliniek, de Soa-poli van de GG&GD Amsterdam (2).

### Figuur 2.

*Trend in het aantal gediagnosticeerde gevallen van gonorroe, chlamydia en vroege infectieuze syfilis tezamen op de Soa-poliklinieken. Den Haag en Nederland (zonder Den Haag), 1994-2001.*



### Aantal



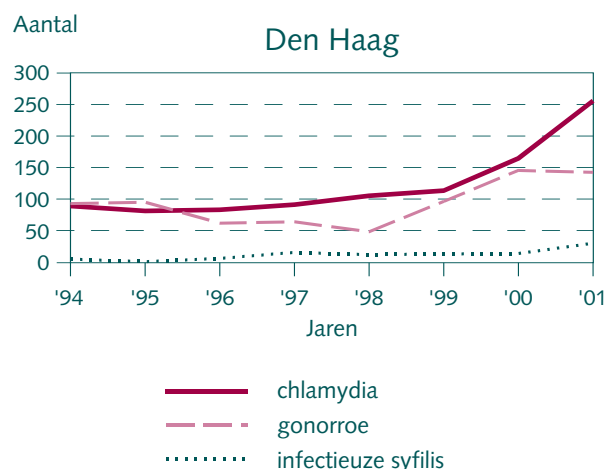
### Aantallen gediagnosticeerde Soa

In Den Haag hebben de drie 'klassieke' Soa - gonorroe, chlamydia en syfilis - sinds 1999 een stijgende trend doorgemaakt, net als het aantal consulten (figuur 2 en figuur 1). De laatste drie jaren was de toename respectievelijk 34, 45 en 32% (figuur 2). In totaal nam het voorkomen van deze Soa tussen 1994 en 2001 met 126% toe.

In Nederland is vanaf 1995 al een geleidelijk stijgende trend in het totaal aantal gediagnosticeerde 'klassieke' Soa zichtbaar. De laatste drie jaren was de toename respectievelijk 16, 19 en 14%, aanzienlijk minder dan in Den Haag. Over de periode 1994-2001 steeg landelijk het totaal aantal van deze gediagnosticeerde Soa met 164%.

### Figuur 3.

*Trend in het aantal gediagnosticeerde gevallen van gonorroe, chlamydia en vroege infectieuze syfilis op de drempelvrije Soa-poliklinieken in Den Haag, 1994-2001.*



### Chlamydia

In Den Haag volgde het aantal gediagnosticeerde gevallen van chlamydia vanaf 1995 de licht stijgende trend van het aantal nieuwe consulten (figuur 3 en figuur 1). Vanaf 1999 overtreft de stijgende trend van deze Soa die van het aantal nieuwe consulten. In de periode 1999-2000 steeg het aantal gediagnosticeerde chlamydia met 45% en een jaar later zelfs met 55% (figuur 3). Met 256 gevallen is chlamydia de belangrijkste Soa-diagnose in 2001 in Den Haag.

Landelijk was chlamydia in 2001, net als in voorgaande jaren, de meest voorkomende Soa-diagnose. Na een stijging van 9% van 1999 naar 2000, nam de aandoening van 2000 naar 2001 verder toe met 14%.

### Gonorrhoe

In Den Haag is het aantal gevallen van gonorrhoe in de periode 1995-1998 gedaald, maar vanaf 1998 heeft er een grote stijging plaatsgevonden (figuur 3). In de jaren 1999 en 2000 steeg gonorrhoe met respectievelijk 98% en 50%, vergeleken met het jaar daarvoor. In de overgang van 2000 naar 2001 is het aantal gediagnosticeerde gevallen van gonorrhoe vrijwel gelijk gebleven. In 2001 werden in Den Haag 143 gevallen van gonorrhoe gediagnosticeerd.

Landelijk is het aantal gediagnosticeerde gevallen van gonorrhoe in de periode 1994-1998 vrij constant gebleven, om daarna sterk te stijgen. In de jaren 1999, 2000 en 2001 steeg het aantal gonorrhoe gevallen met respectievelijk 39%, 40% en 10%, vergeleken met het jaar daarvoor.

### Syfilis

In Den Haag werden in de periode 1994-1999 weinig gevallen van vroege infectieuze syfilis gediagnosticeerd: in 1994-1996 variërend tussen de twee en zeven gevallen per jaar en in 1997-2000 tussen de dertien en zeventien per jaar. In 2001 zien we een sterke stijging: 31 gevallen tegen 15 gevallen in 2000. In absolute getallen blijft syfilis echter een zeldzame aandoening. Landelijk bleef het aantal gevallen van vroege infectieuze syfilis tot in 1998 vrij stabiel, met uitzondering van een kleine piek in 1996, toegeschreven aan een uitbraak in de prostitutiesector (3). Vanaf 1998 wordt een explosieve toename vastgesteld: in 2001 waren er 243 gevallen van vroege infectieuze syfilis tegen 64 in 1998: een verviervoudiging.

### Achtergrondkenmerken van Soa-cliënten

De gepresenteerde gegevens in deze paragraaf zijn gebaseerd op de RIVM-registratie van 1999-2001.

### Reden voor consult

Redenen voor consult op een Soa-polikliniek kunnen zijn: het hebben van klachten, het eigen risicogedrag en screening in verband met het aangaan van een nieuwe relatie.

Hierin trad gedurende de drie registratiejaren 1999-2001 in Den Haag enige verschuiving op: er wordt relatief minder geconsulteerd naar aanleiding van klachten (van 59 naar 47%), en meer vanwege het aangaan van een nieuwe relatie (van 6 naar 16%).

### Geslacht en leeftijd

Het aandeel vrouwen op de Soa-poliklinieken in Den Haag is toegenomen (van 34% naar 43%). Deze toename van het aandeel vrouwen, blijkt sterker onder degenen die de Soa-polikliniek consulteren naar aanleiding van klachten (van 25 naar 38%).

Landelijk ligt het aandeel vrouwen wat hoger, rond de 50%.

In Den Haag en landelijk wordt chlamydia hoofdzakelijk gezien bij vrouwen en gonorrhoe en syfilis vooral bij mannen (tabel 1).

Bij cliënten met gonorrhoe is in Den Haag het percentage vrouwen beduidend lager dan landelijk (respectievelijk 11 en 26%). Bij de andere twee Soa komt dit meer overeen.

### Tabel 1.

*Het percentage mannen en vrouwen met gonorrhoe, chlamydia en vroege infectieuze syfilis. Den Haag en Nederland (inclusief Den Haag), 2001.*

Diagnose	Den Haag		Nederland	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Gonorrhoe	89	11	74	26
Chlamydia	42	58	45	55
Vroege infectieuze syfilis	73	27	68	32

Twee derde van de Soa-cliënten in Den Haag valt in de leeftijdsgroep 20-39 jarigen (variërend van 64 tot 71% per jaar). 10% Van de Soa-cliënten is jonger is dan 20 jaar. In absolute aantallen zien we in deze groep een stijgende trend in de periode 1999-2001. Landelijk is driekwart van de Soa-cliënten tussen de 20-39 jaar (variërend van 72 tot 75% per jaar), 9% is jonger dan 20 jaar.

In Den Haag is een zesde van de chlamydia-cliënten jonger dan 20 jaar en 9% ouder dan 40 jaar. Bij gonorrhoe zijn slechts enkelen onder de 20 jaar, 19% is ouder dan 40 jaar. Dat ligt duidelijk anders bij syfilis,

waar niemand jonger is dan 20 jaar en de helft van de cliënten ouder dan 40 jaar.

Dat chlamydia relatief veel bij zeer jonge personen wordt geconstateerd komt overeen met recent onderzoek op de polikliniek Verloskunde en Gynaecologie van het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag. Daar werd bij screening van 76 zwangere vrouwen onder de 20 jaar, zonder klachten, ongeveer 16% draagsters van chlamydia gevonden (7).

#### **Geboorteland**

Het aandeel allochtonen dat in 2001 de Haagse Soa-poliklinieken bezocht (17%) is vergelijkbaar met de landelijke cijfers. Onder degenen in Den Haag die vanwege klachten de Soa-polikliniek consulteerden is het aandeel allochtonen toegenomen (van 18% in 1999 naar 27% in 2001); vooral het aandeel allochtone vrouwen is sterk toegenomen (van 9 naar 34%).

#### **Seksuele geaardheid, prostitutie en druggebruik**

Gonorrhoe en syfilis worden relatief veel bij homo- en biseksuele mannen waargenomen. In Den Haag was in 2001 43% van de mannelijke gonorrhoe-clieënten en 44% van de syfilisclieënten homo- of biseksueel. Chlamydia wordt vooral bij heteroseksuelen gediagnosticeerd, slechts 16% van deze cliënten zijn mannen met homo- of biseksuele contacten.

Landelijk is een enigszins vergelijkbaar beeld te zien: gonorrhoe 46%, syfilis 63% en chlamydia 19%.

Het aandeel cliënten in Den Haag dat meldde als prostituee te werken, dan wel partner of klant van een prostituee te zijn, verminderde in de periode 1999-2001 van 23 naar 12%. Landelijk nam dat iets toe (van 18 naar 22%).

In Den Haag gaven in de periode 1999-2001 zeer weinig cliënten aan drugs te gebruiken (3-4%). Landelijk is dat meer (6-15%).

#### **Beschouwing**

Op basis van de beschikbare gegevens zijn in dit artikel de trendmatige ontwikkelingen van Soa in Den Haag gedurende 1994-2001 gevolgd en vergeleken met landelijke cijfers. In Den Haag wordt sinds 1999, net als in de rest van Nederland, op de drempelvrije Soa-poliklinieken een toename geconstateerd in het aantal nieuwe consulten en het aantal gediagnosticeerde Soa. Deze stijging is landelijk al veel eerder ingezet, maar daar verloopt hij geleidelijker. Het aantal gediagnosticeerde gevallen van chlamydia in Den Haag stijgt vanaf 1999 flink. Deze waarneming hoeft niet per se te wijzen op een overeenkomstige toename van de aandoening in de bevolking. De laatste jaren is

er door verbeterde en eenvoudiger diagnostiek en wetenschappelijk onderzoek meer aandacht voor chlamydia. Dit kan hebben geleid tot meer screening naar de ziekteverwekker, met een positieve uitslag. De stijging van gonorrhoe, die een jaar eerder is ingezet, zet niet door van 2000 naar 2001. Voor deze stabilisering in het laatste jaar is (nog) geen verklaring gevonden.

De algemeen geconstateerde toename van Soa is waarschijnlijk een direct gevolg van een verhoogde incidentie van Soa in de bevolking. Fluctuaties hierin kunnen echter mede zijn veroorzaakt door verschuivingen in de keuze c.q. aanwezigheid van voorzieningen. Zo kunnen bijvoorbeeld mensen met klachten of vragen over Soa eerder een Soa-polikliniek bezoeken wanneer er een tekort aan huisartsen bestaat. Naast de verhoogde incidentie van Soa in de bevolking kan de stijging van het aantal consulten ook deels worden verklaard door een vergrote bereidheid zich te laten testen op Soa en HIV.

De toename in het aantal Soa kan wijzen op een afname van het veilig vrijgedrag. Zo komt uit onderzoek dat het condoomgebruik bij 15-35 jarigen in 2001 is afgenomen (8). Wat de oorzaken zijn van dit onveilig seksueel gedrag kan niet eenvoudig worden aangegeven. In de beginjaren van de Aids-epidemie, in de jaren tachtig, leidde de angst voor Aids tot meer aandacht voor veilig vrijen. Op vele manieren en op veel plaatsen werd toen voorlichting gegeven over veilig vrijen en vooral condoomgebruik werd bevorderd. Mede als gevolg hiervan werden minder nieuwe gevallen van Soa gediagnosticeerd in Nederland. Eind jaren negentig kwam hierin een kentering. Waarschijnlijk hebben de sinds 1996 sterk verbeterde behandelingsmogelijkheden voor HIV en Aids er toe bijgedragen dat de angst voor een HIV-besmetting is afgenomen en men op seksueel gebied minder voorzichtig is geworden. Aangezien het hebben van een andere Soa de overdracht van HIV kan bevorderen, is een stijging in het aantal Soa ook een risicofactor voor een verhoogde transmissie van HIV.

De toenemende trend van Soa in het laatste decennium en in het bijzonder de stijging van de laatste jaren in Den Haag vragen bijzondere aandacht. Nader onderzoek naar het voorkomen van Soa gediagnosticeerd buiten de drempelvrije Soa-poliklinieken is nodig om meer inzicht te krijgen in het voorkomen van Soa-problematiek. Dit geldt ook voor onderzoek naar het al dan niet veilige seksuele gedrag onder diverse bevolkingsgroepen, aangezien de perceptie ten



aanzien van de risico's op Soa tussen groepen vaak verschilt. Landelijk lijkt inmiddels duidelijk dat het huidige preventiebeleid inzake Soa tekort schiet. In dit verband zal ook de GGD in Den Haag haar beleid ten aanzien van Soa-bestrijding in Den Haag herzien. Hierop zal in een volgend bulletin worden ingegaan.

#### Dankwoord

Auteurs bedanken de dermatologen van het Leyenburg Ziekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde in Den Haag voor de jaarrapporten van de Soa-poliklinieken, de sociaal-verpleegkundigen van de GGD voor de registratiegegevens bij Soa-cliënten, en de collega's van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu voor de verstrekte gegevens over de Soa-registratie in Den Haag.

#### Literatuur:

1. Bergen J van. Voorlopige resultaten tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk (presentatie 29-11-2002, Soa-Hiv-Aids congres) NIVEL. Utrecht, 2002.
2. Cairo I. Consulten en diagnoses van dermatologische poliklinieken:1991-2001. Soa Bulletin 2002; 3:18-22.
3. Laar MJW van de, Haks K, Coenen AJJ. Registratie van Soa en Hiv consulten bij GGD's en Soa-poliklinieken. Jaarverslag 2000. RIVM rapportnr. 441500013. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven 2001.
4. Laar MJW van de, Haks K, Coenen AJJ. Registratie van Soa en Hiv consulten bij GGD-en en Soa-poliklinieken. Jaarverslag 2001. RIVM rapportnr. 441500014. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven 2002.
5. Jaarverslag 2001. Dienst Geslachtsziektenbestrijding GG&GD Amsterdam. Amsterdam 2002.
6. Jaarverslagen van Soa-poliklinieken van het Leyenburg Ziekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde. Den Haag, 1994-2001.
7. Bax CJ, Oostvogel PM, Mutsaers JA e.a.. Clinical characteristics of Chlamydia trachomatis infections in a general outpatient department of obstetrics and gynaecology in the Netherlands. Sex Transm Infect 2002; 78 nr. 6 : E6.
8. Bakker FC, Sandfort ThGM. Veilig vrijen en condoombestrijding onder jongeren en jong volwassenen: stand van zaken 2001 en ontwikkelingen sinds 1987, NISSO 2001.

# In-, uit- en doorstroomgegevens van Haagse harddruggebruikers 1993-1998; op basis van de registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg

*I. Burger en H.W.A. Struben*

Over de perioden 1993 - 1995 en 1996 - 1998 is onderzoek gedaan naar de aard en omvang van de populatie (problematische) harddruggebruikers in Den Haag, en naar hun contacten met politie en verslavingszorg (1) (2). Om veranderingen in de loop van de tijd te kunnen volgen en de populaties te vergelijken, werd over beide perioden een dwarsdoorsnede-onderzoek uitgevoerd.

Hierna stelde de onderzoekscommissie MORE de vraag naar de 'contactdynamiek' in deze onderzoeksperiode van inmiddels zes jaar. Met andere woorden, welke patronen vallen er te ontdekken in de achtereenvolgende contacten van gebruikers met politie en verslavingszorg? Onderstaand artikel gaat over de gevonden contactpatronen (de doorstroom) van Haagse harddruggebruikers met politie en verslavingszorg in de jaren 1993 - 1998. Aansluitend worden de resultaten vermeld van de geschatte in- en uitstroom van (problematische) harddruggebruikers in de Haagse bevolking.

## Inleidend

Recentelijk is over de jaren 1996 - 1998 onderzoek gedaan naar Haagse harddruggebruikers (1). Eerder publiceerden wij hierover in het Epidemiologisch Bulletin (2). De harddruggebruikers die bekend waren bij de verslavingszorg en/of politie Haaglanden zijn indertijd uitgebreid getypeerd naar sociaal-demografische, politionele en verslavings(zorg) kenmerken. Ook verschaftte het onderzoek inzicht in de omvang van de Haagse populatie (problematische) harddruggebruikers. Teneinde veranderingen in de tijd te volgen zijn de uitkomsten over 1996 - 1998 vergeleken met de uitkomsten van de eerste meting over de jaren 1993 - 1995. Een over beide perioden identiek uitgevoerd dwarsdoorsnede-onderzoek heeft deze vergelijking op groepsniveau mogelijk gemaakt.

Met inachtneming van het waarborgen van de privacy,

hebben politie en verslavingszorg voor de onderzoeksperioden 1993 - 1995 en 1996 - 1998 gegevens beschikbaar gesteld uit hun reguliere registratiesystemen. De onderzoekers bewerkten de bestanden voor het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

- wat is de aard en de omvang van de populatie Haagse harddruggebruikers in de driejaarsperiode;
- welk deel en welk type gebruiker heeft contact met de politie en/of de verslavingszorg in regio Haaglanden in de driejaarsperiode.

Nadat het onderzoek voor de tweede maal was uitgevoerd, kwam binnen de onderzoeksgroep MORE de vraag naar voren hoe de 'contactdynamiek' met de verslavingszorg en de politie bij groepen harddruggebruikers over de inmiddels zes jaren van onderzoek was verlopen. Tot dusverre was in het onderzoek uitsluitend gekeken of een harddruggebruiker in een

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, wetenschappelijk medewerker en ir. H.W.A. Struben, senior-wetenschappelijk medewerker, beiden leden van de onderzoekscommissie MOnitoring en REgistratie (MORE)<sup>1</sup> en werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

<sup>1</sup> De onderzoekscommissie MORE is een werkgroep van de Regiegroep Verslavingsproblematiek in Den Haag. In de Regiegroep Verslavingsproblematiek waarin de politie, justitie, de verslavingszorg en de gemeente zijn vertegenwoordigd, wordt vorm gegeven aan het Haagse verslavingsbeleid in bijzonder ten aanzien van de domeinen zorg, openbare orde en maatschappelijk herstel. In de onderzoekscommissie zijn dezelfde belanghebbende partijen vertegenwoordigd.

*driejaarsperiode* alleen bekend was geweest bij de politie, alleen bij de verslavingszorg of bij zowel de politie als de verslavingszorg. Niet gekeken was of een harddruggebruiker bijvoorbeeld het eerste jaar alleen bij de politie bekend was, de volgende drie jaren ook zorgcontacten had gehad, om vervolgens vast te stellen dat de gebruiker niet meer in de systemen voorkwam. Dit inzicht in de aard en de mate waarin bepaalde contactpatronen over verschillende aaneengesloten jaren zich voordoen kan bijvoorbeeld informatie geven over de herkende criminaliteit *door de jaren heen* en het al dan niet gelijktijdige zorgbereik van harddruggebruikers daarbij.

Ten aanzien van de contactdynamiek diende zich nog een andere vraag aan. Per jaar wisten we het aantal harddruggebruikers. Maar daarbij was niet bekend hoeveel harddruggebruikers nieuw waren (instroom) en hoeveel er na verloop van tijd uit het zicht verdwenen, dan wel geen harddruggebruiker meer waren (uitstroom). Met andere woorden in hoeverre heb je te maken met vrijwel dezelfde groep of met een groep die in belangrijke mate verandert van samenstelling? Beide onderzoeksthema's zijn voorgelegd aan de Regiegroep Verslavingsproblematiek, waarop werd besloten tot aanvullend onderzoek.

### Contactpatronen

De onderzoeksgegevens leveren per jaar informatie over de instantie(s) waarmee de geregistreerde harddruggebruiker<sup>2</sup> in dat jaar contact heeft gehad. In een willekeurig jaar doen zich de volgende contactmogelijkheden voor:

- alleen contact met de verslavingszorg (VV);
- alleen contact met de politie (PP);
- zowel contact met de politie als de verslavingszorg (PV) en
- geen contact met de politie noch met de verslavingszorg (OO).

Met de jaarlijkse contactgegevens over zes onderzoeksjaren (1993-1998) kan een zogenoemd 'contactpatroon' worden samengesteld.

De contactinstantie(s) en de volgorde van dit contact in de tijd bepalen het contactpatroon. Voordat we overgaan tot de beschrijving van de onderscheiden contactpatronen en de mate waarin deze voorkomen (onder subgroepen harddruggebruikers) bespreken we eerst mogelijke valkuilen bij de betekenisverlening aan de uitkomsten.

### Wat betekent 'geen contact'?

De laatste van de vier contactmogelijkheden (d) 'geen contact met de politie noch de verslavingszorg' kan op verschillende omstandigheden duiden (al dan niet in combinatie), zoals:

- is geen 'problematisch' harddruggebruiker (meer);
- woont/ verblijft niet (meer) in Den Haag;
- is 'problematisch' harddruggebruiker, woont/ verblijft in Den Haag, maakt geen gebruik van een zorgprogramma van het verslavingscircuit en heeft geen procesverbaal gekregen voor zijn of haar overtreding.

Uit de laatste mogelijkheid kunnen we afleiden dat 'geen contact' niet automatisch wijst op 'geen (problematische) Haagse harddruggebruiker'. Een gebruiker kan nog aan harddrugs verslaafd zijn en niet voor behandeling kiezen. Ook kan een delinquent harddruggebruiker voor een kortere of langere tijd niet onder de aandacht van de politie komen.

### Vergelijkbare contactduur

Doordat de harddruggebruikers niet gelijktijdig instromen in de onderzoekspopulatie, verschilt hun maximaal te bereiken contactduur in de zes jaren van onderzoek. Dit heeft consequenties voor de vergelijkbaarheid en betekenisverlening van de contactpatronen. Teneinde de invloed van dit verschil te beperken is ervoor gekozen om gedurende *vier* jaar alleen de contactpatronen van de harddruggebruikers te vergelijken die in 1993, 1994 dan wel in 1995 in de *onderzoekspopulatie* zijn 'ingestroomd'. Deze cohorten zijn qua observatieperiode (vier jaar) aan elkaar gelijk en alle harddruggebruikers zijn het eerste observatiejaar bekend bij de politie en/of de verslavingszorg. De observatieperiode weerspiegelt echter *niet een gelijk moment in de verslavingscarrière*. Zo kan in het eerste observatiejaar bijvoorbeeld een laatste zorgcontact hebben plaatsgevonden waarbij de hulpverlening regulier werd beëindigd en kan in dat eerste jaar - als tegenovergesteld voorbeeld - een eerste aanhouding door de politie hebben plaatsgevonden waarna een criminele carrière volgt van vele jaren met processen verbaal.

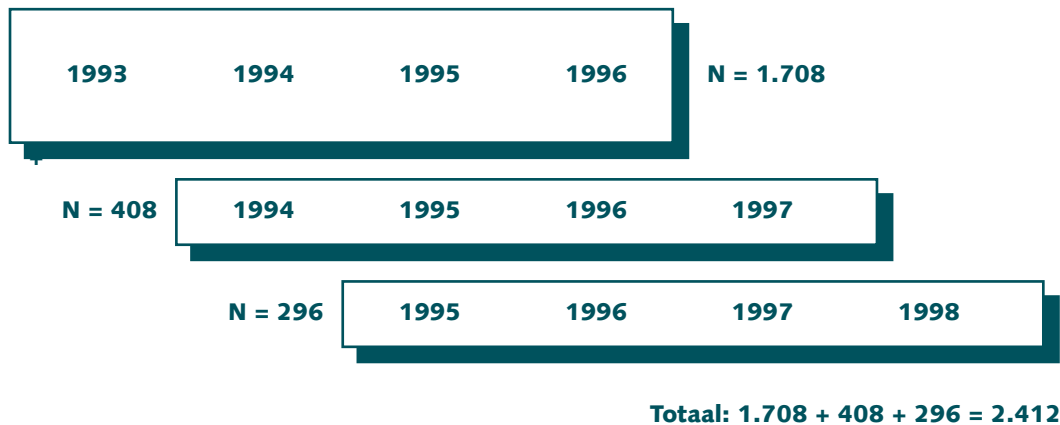
In schema 1 wordt de groep waarvan het contactpatroon wordt bestudeerd weergegeven met in de vlakken de onderzoeksjaren met daarbij de omvang van het cohort harddruggebruikers in de drie verschillende vierjaarsperioden.

<sup>2</sup> Een geregistreerde harddruggebruiker is:

- een cliënt van de verslavingszorg voor wie zijn of haar harddruggebruik (opiaat, amfetamine, cocaïne en/of XTC) het primaire verslavende middel is waarvoor hij/zij wordt behandeld en/of
- een delinquent die bij de politie staat geregistreerd als harddruggebruiker en een procesverbaal heeft gehad.

**Schema 1.**

De onderzoekspopulatie verdeeld in drie deelgroepen van vierjaarsperioden.



Uit het schema blijkt dat met deze keuze de contactpatronen over vier jaar van 2.412 harddruggebruikers kunnen worden bekeken (1.708 harddruggebruikers met een eerste contact in 1993, respectievelijk 408 in 1994 en 296 in 1995).

**De contactpatronen**

Combinatie van de situaties over de vier observatiejaren leverde een grote diversiteit aan contactpatronen op (ruim 160). Deze zijn teruggebracht tot vier categorieën met de volgende kwalificaties:

- 'verbetering/geen contact meer': 1.027 keer gekozen (42,6%);
- 'blijft (vrij) stationair': 1.169 keer gekozen (48,5%);
- 'verslechtering': 57 keer gekozen (2,4%);
- 'blijft stationair en zeer ongunstig': 159 keer gekozen (6,6%).

De volgorde 'PP' (alleen contact met de politie), 'PV' (zowel contact met de politie als de verslavingszorg), 'VV' (alleen contact met de verslavingszorg) en 'OO' (geen contact met de politie noch met de verslavingszorg) is als een verbeterde situatie gewaardeerd en de omgekeerde volgorde als een verslechterde. Wanneer binnen een contactpatroon alle of een deel van de vier situaties deze richting consequent volgen, is een harddruggebruiker in de categorie 'verbetering/geen contact meer' dan wel 'verslechtering' ingedeeld. Is dat niet het geval dan is gekozen voor (één van de twee categorieën met) de kwalificatie 'stationair'.

Een 'verbetering/geen contact meer' is bij 42,6% (N=1.027) van de harddruggebruikers geconstateerd. Zoals eerder aan de orde kwam valt de periode van

observatie niet op eenzelfde moment in de verslavingscarrière. Na het 'instroomjaar' (1993, 1994 of 1995) kunnen één tot maximaal drie jaren van geen contact (OO) volgen. Dit blijkt ook het geval: 85% heeft ten minste de laatste twee jaren van de vierjaars-observatieperiode geen contact meer met de verslavingszorg en/of de politie. Dit *kan* een verbetering zijn: de inmiddels ex-gebruiker is van zijn verslaving af, echter vanwege de onduidelijkheid wat dit 'geen contact' betekent - zie eerder - hebben we deze groep benoemd als 'verbetering/geen contact meer'.

Een kleine groep kan volgens de gevolgde systematiek worden ingedeeld in de categorie 'verslechtering' (2,4%; N=57). Het grootste deel in deze groep (tweederde) heeft de eerste twee jaar van de observatieperiode alleen contact met de verslavingszorg gehad (VV) en is in de navolgende twee jaren (ook) in contact gekomen met de politie (PP/PV).

De grootste groep harddruggebruikers laat in de vier jaar van observatie geen duidelijk verbeterd of verslechterd patroon zien en bleef zo gezegd '(vrij) stationair': 55,1%; N= 1.328 (1.169 + 159).

De grootste variatie in contactpatronen doet zich in deze subgroep voor (111 combinaties).

Ruim een derde heeft drie of vier jaren uitsluitend contact met de verslavingszorg gehad.

Bij 6,6% van de harddruggebruikers (N=159) is het stationaire beeld als zeer ongunstig gekwalificeerd omdat deze harddruggebruikers in drie dan wel vier contactjaren zijn aangehouden door de politie, een proces verbaal hebben gekregen en in de observatie-

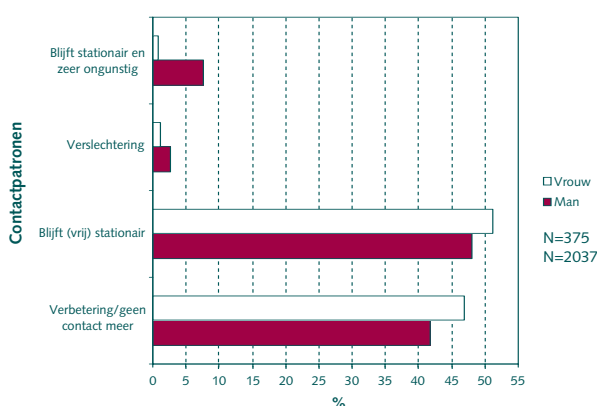
periode geen contact met de verslavingszorg hebben gehad. Dit is de categorie 'blijft stationair en zeer ongunstig'.

### Contactpatronen naar achtergrondkenmerken van de harddruggebruiker

We bekijken nu de contactpatronen aan de hand van enkele sociaal-demografische kenmerken van de harddruggebruikers.

#### Figuur 1.

Contactpatroon over vier jaar van harddruggebruikers naar geslacht. Den Haag, periode 1993-1998.



Allereerst voor de mannen en de vrouwen (figuur 1). Bij vrouwen zien we een hoger percentage gebruikers in de categorie 'verbetering/geen contact meer' (mannen 41,8% en vrouwen 46,9%). Het ongunstige stationaire patroon zien we vooral bij de mannen (mannen 7,7%, vrouwen 0,8%).

Deze groep mannen is in vergelijking tot de andere groepen ook het jongste, gemiddeld 29 jaar.

#### Tabel 1.

Contactpatroon over vier jaar van harddruggebruikers naar etnische herkomst. Den Haag, periode 1993-1998.

Contactpatroon	Ned. N=1344 %	Sur. N=493 %	Ant. N=104 %	Mar. N=169 %	Turks N=51 %	Overig N=228 %	Tot. N=2389 %
Verbetering/geen contact meer	43,8	34,7	36,5	43,8	51,0	52,6	42,6
Blijft (vrij) stationair	50,0	55,8	41,3	33,1	35,3	39,9	48,3
Verslechtering	1,9	3,2	5,8	3,0	3,9	1,3	2,4
Blijft stationair en zeer ongunstig	4,3	6,3	16,3	20,1	9,8	6,1	6,7
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

(Excl. 23 harddruggebruikers etnische herkomst onbekend)

Ook tussen de diverse etniciteitsgroepen zien we in de contactpatronen verschillen (tabel 1). De hoogste percentages in de groep 'verbetering/geen contact meer' komen voor bij de (relatief kleine groep) Turken en in de groep overige etniciteiten, voor beide groepen is dit iets meer dan de helft. Verder valt bij de Marokkanen en de Antillianen het relatief hoge percentage in de categorie 'blijft stationair en zeer ongunstig' op: respectievelijk 20,1% en 16,3%. Zij hebben in de observatieperiode geen contact gehad met de verslavingszorg maar zijn wel in drie of vier observatiejaren ten minste éénmaal aangehouden. Onder de Antilliaanse harddruggebruikers zien we ook het hoogste percentage met een verslechterd contactpatroon (5,8%).

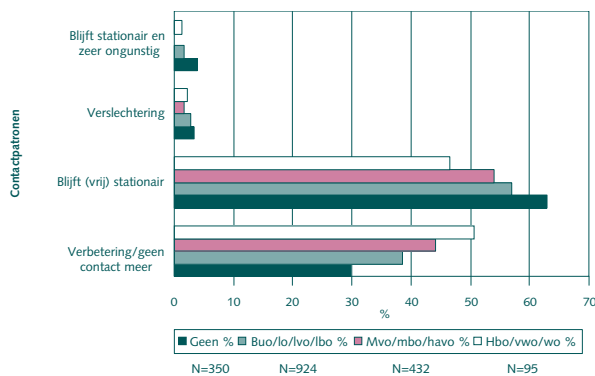
Wanneer we rekening houdend met het aantal wijkbewoners, de tien Haagse wijken met relatief de meeste harddruggebruikers<sup>3</sup> (N=1.495) vergelijken met de andere wijken (N=641), dan zien we in de 'top-tien'-wijken een iets groter aandeel met een 'ongunstig' contactpatroon: 'verslechtering' 3,0% in de 'top-tien'-wijken en 1,2% in de overige wijken en in de categorie 'blijft stationair en zeer ongunstig' respectievelijk 7,0% en 5,1%. De harddruggebruikers zonder vaste woon- of verblijfplaats (N=56) laten in dit opzicht duidelijker een 'ongunstig' contactpatroon zien ('verslechtering' 5,4% en 'blijft stationair en zeer ongunstig' 12,5%).

Informatie over het opleidingsniveau van de harddruggebruiker en over zijn of haar belangrijkste inkomstenbron en leefsituatie is uitsluitend geregistreerd bij de harddruggebruikers die bekend zijn geweest bij de verslavingszorg. In veel gevallen was ook bij die harddruggebruikers deze informatie niet voorhanden (afhankelijk van het kenmerk varieerde dit tussen de 200 en 350 harddruggebruikers).

<sup>3</sup> Schildersbuurt, Laakkwartier/Spoorwijk/Binckhorst, Valkenboskwartier, Transvaalkwartier, Centrum, Regentessekwartier, Morgenstond, Moerwijk, Stationsbuurt en Bouwlust/Vrederust.

**Figuur 2.**

Contactpatroon over vier jaar van harddruggebruikers naar opleiding. Den Haag, periode 1993-1998.



(Excl. 395 harddruggebruikers niet bekend bij de verslavingszorg en 216 harddruggebruikers opleiding onbekend)

Bij het opleidingsniveau zien we dat het aandeel met het contactpatroon 'verbetering/geen contact meer' groter wordt naarmate het opleidingsniveau hoger is (figuur 2). Wanneer men geen opleiding heeft afgerond dan constateren we in die groep het hoogste percentage (4%) in de categorie 'blijft stationair en zeer ongunstig' (gemiddeld 1,8% in deze groep, bekend bij de verslavingszorg).

Onder uitkeringsgerechtigden - de meeste harddruggebruikers in zorg ontvangen een uitkering - is het percentage met de karakterisering 'verbetering/geen contact meer' het laagst (36,8%) en in de groep in loondienst/zelfstandige het hoogst (49,3%). Ten slotte zien we in vergelijking tot de andere leefverbanden, bij de alleenstaanden een geringere vertegenwoordiging in de groep 'verbetering/geen contact meer'.

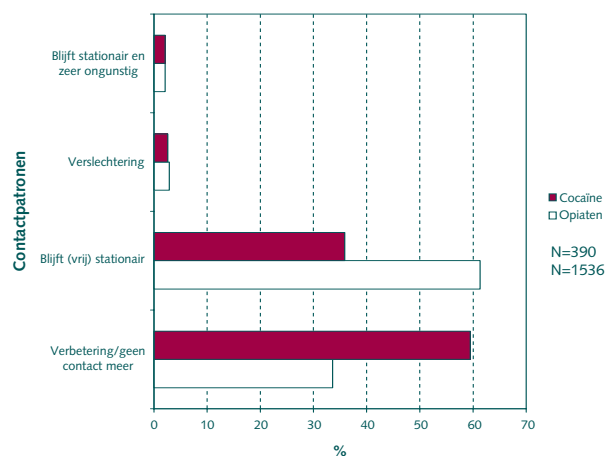
### Belangrijkste probleemmiddel

Informatie over het primaire probleemmiddel bij behandeling is uiteraard alleen bekend bij harddruggebruikers die in zorg zijn geweest bij de verslavingszorg. De meesten worden in de vierjaars-observatieperiode primair behandeld vanwege hun opiaatgebruik, op afstand gevolgd door cocaïnegebruik. Een beeld dat ook elders wordt geconstateerd (3). Gezien de geringe aantallen van de andere harddrugs worden uitsluitend de contactpatronen van deze twee primaire middelen vergeleken (figuur 3). De vergelijking tussen opiaatgebruikers (N=1.536) en cocaïnegebruikers (N=390) laat een opvallend verschil zien. Bij opiaatgebruikers valt het contactpatroon in 33,6% van de gevallen in de groep 'verbetering/geen contact meer' en is het in 61,3% van de gevallen 'vrij

stationair gebleven'. Bij cocaïnegebruikers is dit omgekeerd: 'verbetering/geen contact meer' 59,5% en 'blijft (vrij) stationair' 35,9%. Onder de definitie van 'verbetering/geen contact meer' vallen, zoals eerder beschreven, ook die harddruggebruikers die na verloop van tijd geen contact meer hebben met de verslavingszorg en/of de politie. Nadere analyse bracht aan het licht dat 80% van de cocaïnegebruikers met het contactpatroon 'verbetering/geen contact meer' de eerste één of twee jaren van de observatieperiode alleen bekend waren bij de verslavingszorg en daarna noch bij de politie noch bij de verslavingszorg. Zij kunnen afgekickt zijn maar mogelijk ook ontvangen zij geen zorg vanwege een in vergelijking tot dat voor opiaatgebruikers wellicht beperkter zorgaanbod voor cocaïnegebruikers (1).

**Figuur 3.**

Contactpatroon over vier jaar van harddruggebruikers naar belangrijkste drug. Den Haag, periode 1993-1998.



(Excl. 395 harddruggebruikers niet bekend bij de verslavingszorg.)

### Zorggebruik en aanhoudingen

Veelvuldige klinische opnames zien we vooral bij het contactpatroon 'blijft (vrij) stationair'. Ruim driekwart van de harddruggebruikers met drie of meer opnames valt in deze categorie. Een soortgelijk beeld zien we bij drie of meer ambulante inschrijvingen: onder de categorie 'blijft (vrij) stationair': ruim 80%. Deze uitkomst mag worden verwacht aangezien de duur van bekend zijn bij (één van) de instantie(s) in de definitie van deze categorie is meegenomen. Bij beide type inschrijvingen zien we geen beduidend aandeel waarbij het contactpatroon 'verslechtert' bij veelvuldige inschrijvingen.

Wanneer we het aantal aanhoudingen bekijken dat zich in de vier jaren van de observatieperiode heeft

voorgedaan dan zien we dat het percentage 'blijft (vrij) stationair' toeneemt met het aantal aanhoudingen. Ook dit is vanwege het hierboven beschreven mechanisme geen verrassende uitkomst. In lijn hiermee loopt het aandeel gedefinieerd als 'verslechtering' en 'blijft stationair en zeer ongunstig' - samen genomen - op met het aantal aanhoudingen: van 2% bij 1-2 aanhoudingen naar nagenoeg een kwart bij meer dan 15 aanhoudingen.

### Schatting van de in- en de uitstroom

In het rapport *Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996 - 1998 en veranderingen ten opzichte van 1993 - 1995* constateren de onderzoekers dat het totale aantal Haagse harddruggebruikers over de periode 1993 - 1998 redelijk constant is gebleven (1). Hun aantal werd op 2.600 - 2.900 per jaar geschat (pag. 69). De schatting is gebaseerd op het aantal harddruggebruikers dat in een jaar bij de politie en/of de verslavingszorg bekend was: circa 1.650 - 1.700 per jaar. In de zes jaar, vanaf 1993, werden bij deze instanties 3.737 *verschillende* harddruggebruikers geregistreerd. Hieruit volgt dat jaarlijks sprake moet zijn geweest van een zeker verloop ofwel dynamiek van gebruikers: nieuwe harddruggebruikers zijn 'ingestroomd' en harddruggebruikers zijn 'uitgestroomd'. De vraag is hoeveel dit er zijn.

De beste schatting van de jaarlijkse 'instroom' is het aantal nieuwkomers in het laatste onderzoeksjaar 1998 dat contact heeft gehad met de verslavingszorg en/of de politie. Dit zijn 312 gebruikers. De kans dat zij 'nieuwe Haagse harddruggebruikers' zijn is het grootst daar zij gedurende de langste daaraan voorafgaande 'observatieperiode' van vijf jaar niet eerder met de politie en/of de verslavingszorg in contact zijn geweest. Evenzo beredeneerd is de beste benadering voor de 'uitstroom' 250 gebruikers, namelijk het aantal gebruikers dat in het eerste onderzoeksjaar 1993 nog in de registratiesystemen voorkwam maar gedurende de vijf jaar daarna niet meer. Het verschil tussen de schattingen voor de in- en uitstroom is klein. Dit komt overeen met de bevinding op basis van de omvangsschatting dat de populatieomvang harddruggebruikers tamelijk stabiel is gebleven (zie hierboven).

Als gevolg van een 'administratie'-artefact (zie kader op pagina 15) zullen de gevonden 312 en de 250 harddruggebruikers in de registratiesystemen echter iets *lager* zijn dan de werkelijke in- en uitstroom in deze populatie. Daartegenover staat - de onderzoeksperiode is relatief van korte duur (zes jaar) - dat een lan-

gere onderzoeksperiode de werkelijkheid beter zal benaderen. Op grond van dit effect zou juist mogen worden verondersteld dat de geschatte in- en uitstroom van respectievelijk 312 en 250 *overschattingen* van de werkelijkheid zijn. Immers als je langer 'terugkijkt' valt alsnog een aantal van de 312 'nieuwkomers' af (die al voor de onderzoeksperiode bekend waren) en als je langer 'vooruitkijkt' valt ook een aantal van de 250 (voor het laatst bekend in het eerste onderzoek jaar) af omdat men opnieuw contact krijgt bij een langere onderzoeksduur.

In hoeverre de beide effecten elkaar zullen neutraliseren kan niet exact worden bepaald. Ruw geschat zou men op basis van de onderzoeksbevindingen kunnen concluderen dat de in- en uitstroom beide in de orde van 250 - 400 harddruggebruikers liggen.

De juistheid van deze uitkomst kan - voor wat betreft de instroom - langs andere weg worden geverifieerd. De jaarlijkse instroom aan nieuwe harddruggebruikers in Den Haag wordt bepaald door twee componenten:

- harddruggebruikers die voorheen buiten Den Haag woonden en hier naartoe zijn getrokken (vestiging) en
- de natuurlijke aanwas ofwel incidentie onder de Hagenaars die niet eerder (problematisch) hard drugs gebruikten.

Het aantal gevestigden kan bij benadering worden geschat op basis van migratiestatistieken uit het bevolkingsregister, terwijl de incidentie vanuit de bevolking geschat kan worden op basis van de verdeling van het aantal (problematische) harddruggebruikers naar leeftijd zoals die thans in Den Haag bestaat.

Gedurende de onderzoeksperiode vestigden zich jaarlijks circa 22.000 nieuwe inwoners in de leeftijd van 15-64 jaar te Den Haag. Dit is 7,5% van de 15-64-jarige bevolking. Wanneer de harddruggebruikers eenzelfde migratiefrequentie kennen dan zou dat betekenen dat zich jaarlijks circa 195 - 220 (7,5% van 2600 - 2900) nieuwe harddruggebruikers van buiten af in Den Haag vestigen. Waarschijnlijker is dat dit een ondergrens is, omdat van de grote stad een mogelijke aantrekkingskracht voor harddruggebruikers uitgaat. Voor een stad als Den Haag zouden we dan uit mogen gaan van circa 200 tot - wanneer we hiervoor een wat ruimere marge nemen - maximaal 300 gebruikers.

De aanwas vanuit de bevolking zelf kan worden geschat aan de hand van de verdeling van het aantal harddruggebruikers naar leeftijd. Dit kan als volgt. In de onderzoeksperiode is de leeftijd van ieder vijfjarig

geboortecohort met vijf jaar toegenomen. Degenen die eerst deel uitmaakten van bijvoorbeeld de 15-19-jarigen behoren dan tot de 20-24-jarigen waardoor de prevalentie van harddruggebruikers onder dit geboortecohort dus zal zijn toegenomen. Op deze wijze is becijferd dat de natuurlijke aanwas jaarlijks circa 100 nieuwe harddruggebruikers bedraagt. Aldus wordt op basis van de beide componenten het aantal nieuwe harddruggebruikers dat jaarlijks in contact komt met de politie en/of de verslavingszorg op 300 - 400 geschat (200 + 100 en 300 + 100). Dit valt binnen de range van 250 - 400 nieuwe gebruikers zoals eerder langs andere weg was geraamd. Deze schatting van 250 - 400 nieuwe harddruggebruikers is exclusief de groep die buiten het gezichtsveld van de politie c.q. de verslavingszorg blijft.

### Bespreking

In een 'willekeurige' fase van hun verslavingscarrière hebben we de contactpatronen van Haagse harddruggebruikers met de politie en/of de verslavingszorg over een periode van vier jaar bestudeerd. Dit is gebeurd op basis van de informatie die beschikbaar was in de registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg. Bij de bestudering van de vier onderscheiden contactpatronen, te weten 'verbetering/geen contact meer', 'blijft (vrij) stationair', 'verslechtering' en 'blijft stationair en zeer ongunstig', kunnen we concluderen dat relatief de meeste winst kan worden verkregen bij de Antilliaanse en de Marokkaanse gebruikers, de harddruggebruikers zonder vaste woon- of verblijfplaats, de laag en in het bijzonder de niet-opgeleide gebruikers, de uitkeringsgerechtigde en de alleenstaande harddruggebruikers. Onder hen treffen we meer harddruggebruikers aan in de categorieën 'verslechtering' en 'blijft stationair en zeer ongunstig' (dit geldt vooral voor de Antillianen, de Marokkanen en degenen zonder vast woon- of verblijfplaats) en minder harddruggebruikers in de groep 'verbetering/geen contact meer' (dit zien we vooral bij de uitkeringsgerechtigde en de alleenstaande harddruggebruikers). De eerste twee als ongunstig gekwalificeerde contactpatronen zijn gelukkig van beperkte omvang gebleken: 9% is ingedeeld in deze groep. Zij zijn in de vier jaren van onderzoek vanwege hun delinquent gedrag ten minste drie jaar aangehouden door de politie en zijn in deze periode niet bereikt door de verslavingszorg. Ook vallen de harddruggebruikers hieronder die in het begin alleen bij de verslavingszorg bekend waren en daarna volgens de registratie van de politie vervielen in delinquent gedrag. Het willekeurige moment van observeren, in feite

bepaald door het tijdsmoment waarop het onderzoek mogelijk was, kan van invloed zijn op de uitkomsten bij zeer jonge groepen. Zij kunnen zich immers *collectief* in een beginfase van hun verslavingscarrière bevinden. Dit blijkt te gelden voor de Marokkaanse harddruggebruikers, van hen is tweederde in het eerste onderzoeksjaar jonger dan 25 jaar. Dat neemt niet weg dat het streven naar vermindering van delinquent gedrag en naar vergroting van het bereik van de verslavingszorg in het bijzonder bij deze risicogroepen aandacht vraagt c.q. blijft vragen. Een afgestemd zorgaanbod, waarbij rekening wordt gehouden met het type middelengebruik en de eventuele bijzondere omstandigheden van deze (soms jonge) groepen kan mogelijk het bereik onder deze groepen vergroten.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden over een periode die inmiddels alweer vier jaar achter ons ligt. In die tijd kan veel zijn gebeurd. Wanneer de gegevensbestanden van de politie en de verslavingszorg over de aansluitende jaren 1999 - 2001 beschikbaar zijn zullen de contactpatronen opnieuw worden bekeken. De groep harddruggebruikers waarbij de contactpatronen kunnen worden bestudeerd is dan groter en de periode van observatie langer zodat de gevonden uitkomsten op hun consistentie kunnen worden geverifieerd.

Ten slotte is op basis van registratiegegevens over de jaren 1993 - 1998 een schatting gemaakt van de algemene in- en uitstroom van harddruggebruikers per jaar in Den Haag. Het aantal nieuwe harddruggebruikers dat jaarlijks in Den Haag in contact komt met de politie en/of verslavingszorg wordt geschat op 250 tot 400. Een gelijk aantal wordt jaarlijks niet meer in de registraties teruggezien (ex-gebruiker, vertrek of anderszins geen contact meer). De contactdynamiek in een jaar betreft derhalve eenzesde tot eenvierde van de populatie harddruggebruikers bekend bij de verslavingszorg en/of de politie.



## Literatuur:

1. Burger I, Struben H.W.A. Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995. Den Haag, maart 2001.
2. Burger I, Struben H.W.A. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg, opnieuw bekeken. Epidemiol Bul Grav 2001; 36 nr. 3: 3-9.
3. Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2002. Bureau NDM. Utrecht, oktober 2002.

Dit 'administratie'-artefact is een gevolg van de onderzoekssystematiek. De onderzoekspopulatie is over twee maal drie jaar samengesteld (dwarsdoorsnede-onderzoek). Om aan de voorwaarde van *Haagse* harddruggebruiker te voldoen is zowel over de jaren 1993 - 1995 als over de jaren 1996 - 1998 gekeken of de harddruggebruiker volgens de *laatste* informatie in de driejaarsperiode in Den Haag zijn woon- of verblijfplaats had. Was dat het geval dan zijn eventuele contacten die zich in de twee voorliggende jaren voordeden in die jaren meegenomen, ongeacht of de harddruggebruiker op die momenten in Den Haag stond ingeschreven. Vanwege deze wijze van samenstellen van de onderzoekspopulatie is in het eerste onderzoeksjaar van de tweede onderzoeksperiode (1996) een toename in het aantal nieuwe harddruggebruikers geteld. Met een interval van drie jaar is de onderzoekspopulatie immers opnieuw vastgesteld, hetgeen een relatief groter aantal 'nieuwelingen' met zich meebrengt.

Wanneer de onderzoekspopulatie ieder jaar zou zijn vastgesteld dan zou het aantal 'nieuwelingen' gelijkmatiger verlopen, omdat de eerder geschetste 'overheveling' in de twee voorliggende jaren niet heeft plaatsgevonden. In die jaren zouden derhalve lagere waarden zijn gevonden. Vanwege dit feit mag worden aangenomen dat de instroom in werkelijkheid *geleidelijker* over de jaren afloopt naar hogere waarden in 1995 en 1998.

Correctie hiervoor leidt tot een hogere waarde voor de geschatte instroom van 312 in 1998.

Evenzo geldt dit voor de uitstroom: een geleidelijker verloop leidt tot een hogere geschatte uitstroom van 250 in 1993.

# Basiszorgcoördinatie voor kinderen van ouders met psychiatrische problematiek

*H. Wansink en M. Monné-van Wirdum*

Kinderen van ouders met psychiatrische problemen hebben, vergeleken met kinderen van ouders die dit niet hebben, een verhoogde kans zelf een psychiatrische stoornis te ontwikkelen (respectievelijk 50% en 30%) (1). Ze lopen risico op het krijgen van stoornissen als depressie, angststoornissen en mogelijk schizofrenie. Ook hebben zij een verhoogd risico op het verslaafd raken aan roken, alcohol en mogelijk ook drugs. De situatie in hun jeugd als gevolg van de psychiatrische problemen van een van hun ouders kan de latere ontwikkeling van de kinderen op het gebied van het aangaan en vasthouden van sociale relaties, loopbanen op school en in het werk belemmeren.

Om te voorkomen dat kinderen van ouders met psychiatrische problemen zelf deze problemen ontwikkelen hebben de Haagse RIAGG's in 1994 het preventieproject 'Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (KOPP)' opgezet. Van groot belang voor een doeltreffende preventie bleek de samenwerking en afstemming van alle hulpverleners die bij een gezin betrokken zijn. Coördinatie van de zorg kan de afstemming intensiveren en de samenwerking verbeteren. Binnen het KOPP-project besloot men tot het opzetten van een driejarige pilot, gericht op coördinatie van basiszorg, van de zorg dus die kinderen primair nodig hebben.

Onderstaand artikel doet verslag van de pilot 'Basiszorgcoördinatie KOPP' en van de werkwijze van het Bureau Basiszorg. Aansluitend wordt ingegaan op de eerste ervaringen die naar voren zijn gekomen uit onderzoek dat gelijk met de pilot is gestart. Aan het slot worden deze ervaringen in een perspectief voor de toekomst geplaatst.

Zoals gezegd bleek het voor een doeltreffende preventie van belang dat hulpverleners die vanuit hun specifieke expertise betrokken zijn bij het gezin met psychiatrische problematiek, samenwerken en hun hulp afstemmen. Hier ontbreekt het vaak aan. Hulpverleners uit de volwassenenzorg beschikken over te weinig expertise om de problemen van de kinderen goed in te kunnen schatten. Zij voelen ook zich primair verantwoordelijk voor de ouder. Anderzijds kijken de hulpverleners in de jeugdzorg in eerste instantie naar het kind en ook al zijn ze bekend met psychiatrische problematiek van de ouder(s), dan kunnen ze de consequenties daarvan voor de opvoedingssituatie van het kind vaak onvoldoende bepalen.

Uit een inventarisatieronde in 1996 bij instellingen voor jeugdgezondheidszorg en voor geestelijke gezondheidszorg in Den Haag kwam naar voren dat een structuur voor coördinatie van zorg (casemanagement) noodzakelijk was om intensievere en effectievere samenwerking rondom deze gezinnen te realiseren. Casemanagementprojecten voor andere doelgroepen werden beoordeeld. Besloten werd de coördinatie te richten op de zorg die kinderen primair nodig hebben: de basiszorg.

In juni 1999 werd in Den Haag begonnen met een driejarige pilot onder de naam 'Basiszorg coördinatie KOPP'. Het project 'Kinderen van Drugverslaafde Ouders' van de GG & GD uit Amsterdam leek het meest geschikte model voor de Haagse situatie. Samenwerkingsovereenkomsten werden gesloten. Er werd een werkgroep geïnstalleerd en een stuurgroep met vertegenwoordigers van de directies van de deelnemende instellingen; twee basiszorgcoördinatoren werden aangesteld. Met secretariële ondersteuning en huisvesting was het 'Bureau Basiszorg' een feit.

## De pilot 'Basiszorg coördinatie KOPP'

Het project streeft de volgende doelstellingen na:

- door middel van coördinatie van de zorg rondom het gezin, bewerkstelligen dat kinderen van ouders met psychiatrische problemen voldoende basiszorg ontvangen;
- door middel van het 'volgen' van de kinderen voorkomen dat zij onvoldoende basiszorg krijgen.

Doelgroep van het project vormen kinderen (tot 18 jaar) van ouders met psychiatrische problemen die bekend zijn bij de GGZ en bij wie een hulpverlener

Over de auteurs:

Mevr. H. Wansink, onderzoeker, werkzaam bij afdeling Preventie, Parnassia, psycho-medisch centrum en mevr. M. Monné-van Wirdum, jeugdarts, werkzaam bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

zich zorgen maakt over de basiszorg van het kind. De basiszorgcoördinator maakt op basis van een huisbezoek en gesprekken met de ouders en de betrokken instanties een inschatting van de basiszorg. Zij gebruikt hierbij een voor dit project ontwikkelde checklist, de zogenaamde basiszorgcriteria (zie schema op pagina 23). De checklist is door de werkgroep opgesteld op basis van algemeen gedeelde noties, die bekeken zijn op hun wetenschappelijke betekenis (2). Voor alle basiszorgcriteria bestaat direct of indirect een wetenschappelijke verantwoording. Of een kind voldoende basiszorg krijgt blijft echter een inschatting, gebaseerd op de zorgen van betrokkenen over het kind en de opvoedingssituatie. Hiervoor bestaan geen harde criteria. In sommige gevallen zijn de zorgen zo groot dat het kind bij het advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK) is aangemeld of dat zo'n melding ernstig wordt overwogen.

Het Bureau Basiszorg, indiceert of behandelt niet zelf maar beoordeelt of de basiszorg in het gezin voldoende aanwezig is. Zo niet dan zoekt men samen met de ouders naar wegen om de basiszorg te verbeteren. Werken vanuit de invalshoek 'basiszorg' biedt de mogelijkheid de problematiek van deze gezinnen beter te 'managen'. Het gaat daarbij om coördinatie met een preventief karakter, die zich richt op kinderen die een verhoogd risico lopen, maar in de meeste gevallen zelf (nog) geen behandeling nodig hebben.

Voor het welslagen is het van belang dat de basiszorg door de instellingen wordt ervaren als een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. Voor een duidelijke positionering en voldoende draagvlak moet de basiszorgcoördinatie neutraal zijn, als een 'partij boven de partijen'. Om die reden is ervoor gekozen het Bureau Basiszorg te huisvesten bij de GGD Den Haag, afdeling Jeugdgezondheidszorg. De basiszorgcoördinatoren zijn in dienst bij de afdeling Preventie van Parnassia.

Het KOPP-project verschaft Bureau Basiszorg het kader waarbinnen het kan opereren in de GGZ voor volwassenen. De basiszorgcoördinatoren hebben ruime werkervaring in de volwassenenpsychiatrie hetgeen van groot belang is voor draagvlak in deze sector. Hulpverleners in de GGZ maken zich vaak zorgen over de kinderen van hun patiënten. Sommige ouders geven bij huisbezoek de indruk dat ze uitstekend kunnen voldoen aan de basiszorgbehoeften van hun kind, maar de hulpverlener kan dit niet systematisch nagaan. Het aanbod van Bureau Basiszorg vult deze

leemte op. Door gebruik te maken van dit centrale meldpunt kunnen hulpverleners meer tijd aan hun primaire hulpverlenerstaken besteden. Het Bureau Basiszorg neemt een soort middenpositie in tussen enerzijds de opvoeding en anderzijds de volwassenenpsychiatrie. Behalve met de GGZ voor volwassenen en de jeugdhulpverlening, werkt het bureau samen met de (gezins)voogdij, de Jeugd GGZ, Thuiszorg Den Haag en de GGD. Zo nodig onderhoudt men contacten met het onderwijs en de kinderopvang.

#### **Werkwijze Bureau Basiszorg**

Via verschillende kanalen is binnen de volwassenenpsychiatrie, de jeugdzorg en de eerste lijn bekendheid gegeven aan Bureau Basiszorg (o.a. met publiciteit in de pers, artikelen in nieuwsbrieven, folders voor hulpverleners en verwijzers). Bureau Basiszorg is laagdrempelig. Hulpverleners, leerkrachten en andere professionals die zich zorgen maken over een gezin kunnen rechtstreeks - buiten de ouders om - contact opnemen met Bureau Basiszorg. De aanmelding wordt veelal telefonisch gedaan. In het gesprek wordt uitleg gegeven over de mogelijkheden en werkwijze van het bureau. Vaak wordt de casuïstiek consultatief voorgelegd. Soms leiden de gesprekken tot aanmelding nadat de ouders hiermee hebben ingestemd, soms blijft het bij consultatie.

Als het gezin is aangemeld inventariseert de coördinator de basiszorg die het kind of de kinderen in het gezin krijgen. Zij let bijvoorbeeld op of het kind speelgoed heeft en of de hygiënische omstandigheden voldoende zijn. Daartoe bezoekt ze het gezin thuis (binnen twee weken na aanmelding) en vraagt ze de ouders schriftelijke toestemming om te overleggen met de school/kinderopvang, hulpverleners e.d.

Een maand na aanmelding wordt meestal een afstemmingsoverleg georganiseerd met de ouder en de betrokken hulpverleners, zoals de behandelaar en de gespecialiseerde gezinszorg. Dit vindt in veel gevallen bij de ouders thuis plaats. Alle aanwezigen worden nadrukkelijk in het overleg betrokken. Er worden werkafspraken gemaakt en vastgelegd. Men stuurt aan op zowel een plan voor de korte als voor de lange termijn waarbij rekening wordt gehouden met de draagkracht/draaglast van de ouders. Het is belangrijk dat deze bespreking leidt tot een vorm van gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. Hierna wordt de gezinssituatie actief gevolgd: dat wil zeggen dat de basiszorgcoördinator met alle betrokkenen (ook de ouders) de afspraak maakt dat zij als centraal meldpunt fungeert voor alle veranderingen die zich voor-

doen over de gemaakte werkafspraken en/of de situatie binnen het gezin. Ook wordt er steeds een datum afgesproken voor een volgend afstemmingsoverleg.

### Eerste ervaringen

Vanwege het pilotkarakter van deze nieuwe zorgvorm is bij het begin van het project besloten het te begeleiden met onderzoek. Dit om een beeld te krijgen van de gezinnen die zich aanmelden, de problematiek die zich bij hen aandient en de meningen van de hulpverleners/professionals en de ouders over het project.

Het onderzoek bestaat uit vier onderdelen:

- registratie van de kenmerken van de bereikte gezinnen;
- geregistreerde basiszorggegevens;
- meningen van betrokken hulpverleners/ professionals;
- meningen van ouders.

Het onderzoek is uitgevoerd door de afdeling Preventie van Parnassia over de periode juni 1999 tot juni 2001.

### Kenmerken van de gezinnen

Gekeken is naar het aantal gezinnen dat is aangemeld, hun demografische achtergrond, de psychiatrische problematiek van de ouder(s) en de aanmelder. De gegevens zijn voor zover mogelijk verkregen uit het registratiesysteem dat voor het project is opgezet en waar nodig aangevuld met dossiergegevens. Alle gezinnen waarmee in de observatieperiode een kennismakingsgesprek heeft plaatsgevonden, zijn meegenomen.

### Aantal gezinnen/kinderen en afstemmingsgesprekken

Gedurende de twee jaar van onderzoek zijn 77 gezinnen aangemeld bij het Bureau Basiszorg, 57 gezinnen zijn daadwerkelijk in zorg genomen. Bij twintig gezinnen bleef het contact beperkt tot een kennismakingsgesprek met de ouder(s), meestal omdat de ouders geen basiszorgcoördinatie wilden. De indruk bestaat dat de weigeraars een dwarsdoorsnee vormen van de aangemelde gezinnen, ook qua ernst van de opvoedingsproblematiek. Bij drie gezinnen vonden de basiszorgcoördinator en de behandelaar coördinatie ook niet nodig omdat het goed ging met de kinderen, en de behandelaar een goed contact had met de ouders en de kinderen. Met 51 gezinnen zijn afstemmingsoverleggen geweest (totaal 425; variërend van een tot twaalf per gezin), bij zes zou dit overleg op korte termijn volgen. De afstemmingsoverleggen vonden gemiddeld een keer per zes weken plaats en als de zaken goed gingen werd de frequentie verlaagd. Uitgaande van een personeelsbezetting van twee parttime (0,6 fte.) basiscoördinatoren werd een workload geschat van 80 gezinnen. Dit was gebaseerd op de

Amsterdamse ervaring in het project 'Kinderen van Drugverslaafde Ouders'. In de praktijk bleek dat te hoog ingeschat, medio 2001 ontstond er al een wachtlijst met 57 gezinnen in zorg. De werkwijze in Den Haag is qua assesment en coördinatie arbeidsintensiever. De Haagse basiszorgcoördinatoren hebben persoonlijk contact met het gezin thuis. De Amsterdamse medewerkers zien zelden de ouders en doen geen huisbezoeken. Voor deze persoonlijke aanpak is bewust gekozen. De opvoedingssituatie kan thuis beter worden beoordeeld en de betrokkenheid van de ouders is op deze wijze ook beter gewaarborgd. Beiden zijn belangrijke voorwaarden voor het slagen van de zorgcoördinatie.

### Sociaal-demografische gegevens

De 77 gezinnen hebben samen 157 kinderen. In weinig gevallen betreft het grote gezinnen (4-6 kinderen: 5%). Van de kinderen is 45% vier jaar of jonger (Den Haag 27 %) (zie tabel 1). Daarvan is bijna de helft nog geen twee.

**Tabel 1.**

*Leeftijdsverdeling van de bij bureau Basiszorg aangemelde kinderen. Den Haag juni 1999 - juni 2001.*

Leeftijd	Basiszorg	Den Haag *)	
	Aantal kinderen	%	%
0-4 jaar	70	44,6	26,6
5-9 jaar	43	27,4	24,6
10-14 jaar	33	21,0	24,1
15-19 jaar	11	7,0	24,7
Totaal	157	100,0	100,0

\*) Op 1 januari 2001, Dienst Burgerzaken.

In 45 gezinnen is de moeder alleenstaand (58%), in de andere 32 gezinnen (42%) zijn beide ouders aanwezig. Van de alleenstaande moeders en de ouderparen is iets meer dan de helft van allochtone herkomst (Nederlands 46% en niet-Nederlands 54%). Opvallend is het hoge percentage Turkse gezinnen (23%), verder is 17% Surinaams of Antilliaans, 4% Marokkaans, bij 4% is de herkomst van de ouders verschillend en 6% heeft een andere herkomst (Afghanistan, Indonesië, Polen en Somalië). Onder de basiszorggezinnen zien we in vergelijking tot de 20-50-jarige Haagse bevolking, relatief veel allochtone gezinnen. De meeste gezinnen bleken de Nederlandse taal machtig. In enkele gevallen is gebruik gemaakt van een tolk.

De groep alleenstaande ouders bestaat grotendeels uit vrouwen die in Nederland of Suriname zijn geboren. De gezinnen leven vrijwel allemaal van een uitkering. Wanneer we de groep die basiszorg heeft gekregen vergelijken met de groep waarmee uitsluitend een kennismakingsgesprek is gevoerd, zien we geen belangrijke verschillen in de leeftijdsverdeling van de kinderen, in het samenlevingsverband van de ouders of in de verdeling allochtoon/autochtoon.

#### **Psychiatrische problematiek en aanmelder**

De psychiatrische problematiek van de ouders is niet apart door Bureau Basiszorg geregistreerd. Als ruwe indicator kan daarvoor het Circuit van Parnassia dienen waar de ouder wordt behandeld. Verreweg de grootste groep van de ouders (70%) is in zorg bij Circuit 2 (behandelpsychiatrie; depressieve stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen). Een kwart is bekend bij Circuit 1 (chronische psychiatrie; psychotische stoornissen en schizofrenie). Van Doosum e.a. concluderen in hun review dat de ernst en de duur van de stoornis een grotere voorspellende waarde hebben dan de aard van de stoornis (3).

Een grote groep gezinnen (38%) is aangemeld door een behandelaar bij Parnassia Circuit 2 (zie tabel 2). Ruim een vijfde van de gezinnen is aangemeld door andere instanties voor jongeren zoals de Jeugdgezondheidszorg, Parnassia Jeugd, het AMK of Bureau Jeugd-zorg (22%). De ernst van de (opvoedings)problematiek blijkt duidelijk uit de laatste drie verwijzingsbronnen.

**Tabel 2.**

*Bij Bureau Basiszorg aangemelde gezinnen naar verwijzende instantie. Den Haag juni 1999 - juni 2001.*

Instantie	Aantal gezinnen	Percentage
Parnassia, Volwassenenzorg circuit 2	29	37,7
Parnassia, Volwassenenzorg circuit 1	10	13,0
Parnassia, Jeugd	4	5,2
GGD, afd. Jeugdgezondheidszorg	7	9,1
Thuiszorg Den Haag	6	7,8
AMK	4	5,2
Algemeen maatschappelijk werk	3	3,9
Bureau Jeugdzorg	2	2,6
Speciaal onderwijs	3	3,9
Anders	9	11,6
Totaal	77	100,0

#### **De geregistreerde basiszorggegevens**

De basiszorg voor elk kind in een gezin wordt bij elk afstemmingsoverleg door de basiszorgcoördinator beoordeeld aan de hand van een lijst met basiszorgcriteria (zie schema op pagina 23). Voor het onderzoek zijn de gegevens samengebracht op gezinsniveau omdat veel zaken te maken hebben met de opvoedingsomstandigheden, zoals structuur van de dag, het huishouden of het woonadres. De meeste interventies waren ook gericht op het functioneren van de opvoeder en minder op het kind zelf in het gezin. Voor ieder van de tien thema's van de basiszorgcriteria is een samengestelde score berekend en gerubriceerd als 'geen problemen' (geen enkele onvoldoende) of 'problemen' (een of meer onvoldoendes).

Op basis van het geregistreerde materiaal is een eerste inventarisatie gemaakt van de basiszorgsituaties bij aanvang. Ook is gekeken in hoeverre deze situatie verbeterde dan wel verslechterde. Doordat de reguliere administratieve werkzaamheden in de pilotfase vooral gericht waren op het begeleidingsproces zelf en minder op registratie voor specifieke onderzoeksdoelinden, geeft de navolgende empirische beschrijving slechts een indicatie van de situatie c.q. verandering binnen de verschillende clusters van de basiszorgcriteria. Deze beschrijving moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

#### **De belangrijkste opvoedingsproblemen bij aanvang**

Voor de inventarisatie van de belangrijkste problemen in het gezin bij aanvang zijn de gegevens gebruikt uit het eerste afstemmingsoverleg van 44 gezinnen. Van zeven gezinnen waren deze gegevens nog niet ingevoerd.

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat meer dan de helft van de gezinnen kampte met 'problemen in de omgang met de kinderen', zoals (on)voorspelbaarheid van de opvoeder, gebrek aan sensitiviteit van de opvoeder voor wat het kind nodig heeft, aan structuur in de dag, gezamenlijke activiteiten en regels in de opvoeding.

Ook 'problemen met het secundaire milieu', dat wil zeggen het ontbreken van een vangnet voor het kind, problemen op school, het ontbreken van baby/peuteropvang of naschoolse activiteiten voor de kinderen, werd bij meer dan de helft van deze gezinnen geconstateerd.

Materiële problemen zoals problemen met de woning, de kinderspullen, het huishouden of financiën (geen vast inkomen en/of geen ziektekostenverzekering), werden minder vaak genoemd.

### De opvoedingssituatie na zes maanden

Bij de 25 gezinnen die ten minste zes maanden basiszorg en minimaal drie afstemmingsoverleggen hebben gehad is per basiszorgcluster gekeken of er inmiddels sprake is van verbetering (van één of meer onvoldoendes in het cluster naar geen enkele onvoldoende).

Wanneer we ons beperken tot de belangrijkste opvoedingsproblemen die bij aanvang zijn genoemd dan zien we in enkele gevallen verbetering (bij sommige clusters zijn onvoldoende gegevens beschikbaar, die zijn niet meegenomen).

De interactie met het kind 'sensitiviteit', 'onvoorspelbaarheid van de opvoeder en 'structuur en opvoeding' blijven bij een aanzienlijk deel van de gezinnen (wisselend) problematisch, respectievelijk in tien, zestien en twaalf gezinnen (tabel 3). Maar bij een aantal gezinnen is ook vooruitgang geboekt, met name op de eerste twee gebieden (respectievelijk in zes en vier gezinnen). Problemen met het secundaire milieu (activiteiten buitenshuis) zijn verbeterd bij zes gezinnen en blijven bestaan bij negen gezinnen.

Bij zeer weinig gezinnen zijn nieuwe problemen ontstaan.

goede afspiegeling te vormen van de instellingen die zijn betrokken bij de gezinnen van Bureau Basiszorg. Zij gaven in de enquête hun mening over de basiszorgcoördinatie in het gezin van hun cliënt. Deze is opvallend positief, zowel over de werkwijze als over het resultaat.

Zo vindt het merendeel van de respondenten (83%) dat Bureau Basiszorg voldoet aan hun verwachtingen. De doelstelling van het afstemmingsoverleg wordt volgens hen ruim voldoende gerealiseerd. Zij benoemen een aantal sterke punten van de werkwijze van het bureau: de deskundigheid en de attitude van de coördinatoren, goed en regelmatig overleg, duidelijke taakverdeling ten aanzien van het gezin.

Ook ten aanzien van het effect op de opvoedingssituatie zijn de meningen positief. Het grootste deel van de respondenten heeft de indruk dat het beter gaat met de kinderen sinds de zorgcoördinatie van Bureau Basiszorg. Men vindt basiszorgcoördinatie een goed middel om de leefomstandigheden en opvoedingssituatie van kinderen in de gezinnen te verbeteren.

Voordat de ouders zijn benaderd om hun mening te geven, hebben de basiszorgcoördinatoren een inschat-

**Tabel 3.**

*Per basiszorgcriterium de mate van verbetering na zes maanden (N=25 gezinnen: ten minste drie afstemmingsoverleggen gehad). Bureau Basiszorg, Den Haag juni 1999 - juni 2001.*

Basiszorgcriterium	Geen problemen bij aanvang	Informatie ontbreekt	Verbeterd	Niet verbeterd/wisselend
	Aant. gezinnen	Aant. gezinnen	Aant. gezinnen	Aant. gezinnen
Interactie met het kind				
- sensitiviteit	5	4	6	10
- onvoorspelbaarheid van de opvoeder	2	3	4	16
Structuur en opvoeding	6	5	2	12
Activiteiten buitenshuis	3	7	6	9

### Meningen van betrokken hulpverleners/professionals en ouders

Aan alle hulpverleners en professionals die betrokken zijn bij gezinnen met ten minste drie afstemmingsoverleggen (laatste niet langer dan zes maanden geleden) is een schriftelijke vragenlijst gestuurd (N=61). Tweederde stuurde de lijsten terug. Dit bleek een

ting gemaakt of het wel of niet verstandig zou zijn om hen te vragen. Zo mochten ze bijvoorbeeld niet in een crisissituatie verkeren. Uiteindelijk zijn bij 22 ouders interviews afgenomen (één op de twee benaderde, hierbij kan sprake zijn geweest van relatief lichtere problematiek). Het merendeel van de ouders is tevreden over Bureau Basiszorg. De zorgcoördinatie heeft

in hun ogen een positief effect gehad op het gezin. Er zijn twee belangrijke vormen van hulp waar de ouders erg positief over zijn. In de eerste plaats zijn de ouders te spreken over de opvoedingsondersteuning die zij hebben ontvangen. De ouders hebben veel gesprekken gevoerd en er zijn nuttige en bruikbare adviezen gegeven. In de tweede plaats is er ook praktische hulp gegeven zoals bij het regelen van kinderopvang of van thuiszorg.

Wat verder als positief naar voren kwam, is de heldere werkwijze die wordt gehanteerd, met name door de afspraken op papier te zetten. De samenwerking tussen de ouders en de basiszorgcoördinator wordt door een groot deel van de ouders ook als positief bestempeld. Nederlanders en niet-Nederlanders oordelen niet verschillend over Bureau Basiszorg.

#### Ervaringen samengevat en plannen voor de toekomst

Het aanbieden van basiszorgcoördinatie, een structuur voor coördinatie van zorg en preventie (casemanagement) voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen is haalbaar gebleken en voorziet in een behoefte, vooral bij gezinnen met jonge kinderen. Dit laatste is van belang omdat juist kinderen op jonge leeftijd de meeste risico's lopen op het ontwikkelen van psychosociale problemen als gevolg van de psychiatrische problematiek van hun ouders. Voor de verwijzers is deze zorg waarschijnlijk de reden geweest om het gezin aan te melden.

Reeds in de zomer van 2001 ontstond een wachtlijst. De meeste kinderen zijn aangemeld door hulpverleners van Parnassia, psycho-medisch centrum. Zoals verwacht hebben de gezinnen die basiszorgcoördinatie krijgen veelal te maken met problemen op velerlei gebied, in bijzonder in de omgang met de kinderen en problemen op school en/of de opvang. De partners in de hulpverlening waarderen de gestructureerde aanpak van de coördinatie en de heldere taakverdeling. De ouders prijzen ook de systematische werkwijze (afspraken op papier) en de opvoedingsondersteuning die ze (thuis) hebben ontvangen. In een aantal gezinnen konden (na zes maanden) op verschillende terreinen verbeteringen worden geconstateerd. Op het eerste oog lijken de verbeteringen in de basiszorg niet spectaculair, maar vanwege de vele problemen die de gezinnen kennen en de korte onderzoeksperiode zijn deze resultaten bemoedigend.

Op basis van de onderzoeksresultaten en de ervaringen gedurende deze pilot is ervoor gekozen het project voort te zetten. Inmiddels wordt Bureau Basiszorg structureel gefinancierd door Parnassia en de

gemeente. Een gelijksoortige vorm van casemanagement lijkt ook voor andere doelgroepen geschikt. Hiermee is een begin gemaakt door uitbreiding van Bureau Basiszorg met een basiszorgcoördinator voor Kinderen van Verslaafde ouders (alcohol en drugs). Basiszorgcoördinatie blijkt een veelbelovende aanpak voor ouders die gezien hun persoonlijke omstandigheden kwetsbaar zijn in hun ouderschap en graag begeleiding wensen bij de opvoeding van hun kinderen. Gedurende de pilotfase van Bureau Basiszorg is men nog nauwelijks toegekomen aan het systematisch uitwerken van wat in welke situatie de beste aanpak/interventie zou kunnen zijn. Zorg/preventie inhoudelijk is het project nog maar beperkt beschreven. Nader onderzoek naar de methodiek van dit project en de effecten op de opvoeding zijn daarom hard nodig.



Voor informatie over de basiszorgcoördinatie kunt u contact opnemen met het secretariaat van Bureau Basiszorg, tel.: 353 71 32.

Geïnteresseerden kunnen het onderzoeksrapport en het projectverslag à € 10 bestellen bij de afdeling Preventie van Parnassia, psycho-medisch centrum (tel. 070-391 79 40).

#### Literatuur:

1. Factsheet 2 'Kinderen van ouders met psychische problemen'. Trimbos-instituut Programma Vroegsignalering Landelijke Ondersteuning Preventie GGZ. Utrecht 2001.
2. Wansink H. Evaluatieonderzoek basiszorgcoördinatie. Parnassia, psycho-medisch centrum, afdeling GGZ preventie. Den Haag, april 2002.
3. Doesem K van, Frazer W en Dhondt M. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Utrecht, Landelijke Ondersteuning Preventie-GGZ, 1995.

### Casusbeschrijving

Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Parnassia meldt een gezin bij Bureau Basiszorg aan. Moeder is bij haar in behandeling vanwege schizofrenie. Ze is geboren in Tsjechië en getrouwd met een Nederlandse man en woont nu een aantal jaren in Nederland. Ze hebben twee kinderen: Tim is bijna vier en Karin elf maanden.

De basiszorgcoördinator bezoekt het gezin thuis en doet verslag:

*Het gezin woont in een kamer die voorheen dienst deed als kantoor. Er is geen badkamer en provisorisch is er een keukentje gemaakt. Alles moet in één ruimte gebeuren: wonen, eten, slapen en spelen. Ze zijn in afwachting van een andere woonruimte, waarvoor ze een urgentie hebben gekregen. Er scharrelen twee kinderen rond in een overvolle kamer. Desondanks ziet het er gezellig uit. De ouders reageren liefdevol op de kinderen.*

*De ouders geven aan hoe zwaar het is twee kinderen op te voeden wanneer één van hen ziek is. Vader is overbelast, hij kan geen moment zijn vrouw alleen laten met de kinderen. Moeder raakt vaak het overzicht kwijt en wordt angstig. Vader heeft momenteel geen werk. Moeder heeft veel last van klachten die horen bij een psychotische stoornis, vooral moeheid. Zijzelf wijdt dit aan de medicatie die ze het liefst wil afbouwen om er uiteindelijk helemaal mee te stoppen. Ze wil graag leren hoe ook zij voor de kinderen kan zorgen. Zowel vader als moeder maken zich zorgen over de ontwikkeling van de kinderen en willen daarbij opvoedingsondersteuning. Tim heeft veel meegemaakt toen zijn moeder psychotisch werd en opgenomen moest worden. Hij kan twee ochtenden naar een peuterspeelzaal maar dat is aan de andere kant van de stad .... Ook voor Karin willen ze opvang. Gespecialiseerde Gezins Verzorging (GGV) is aangevraagd. Binnenkort moet Tim naar de basisschool. Het gezin kan niet terugvallen op anderen.*

Met de peuterspeelzaal van Tim wordt telefonisch contact opgenomen:

*Tim functioneert daar goed, is opgewekt en speelt graag met andere kinderen. Hij ziet er soms onverzorgd uit en heeft vuile kleren aan. Tim komt regelmatig en vader is degene die Tim brengt en haalt.*

Voor het afstemmingsoverleg worden de ouders, de behandelaar van moeder, en de hulpverlener van GGV (inmiddels bekend) uitgenodigd. Gekozen wordt dit te laten plaatsvinden bij Parnassia omdat deze lokatie voor iedereen goed bereikbaar is.

Bij het afstemmingsoverleg is een Tsjechische tolk aanwezig.

*Ze hebben een andere woonruimte aangeboden gekregen en gaan verhuizen. De ouders vertellen hoe chaotisch een dag kan verlopen. De kleine ruimte waarin ze moeten leven is hier ook oorzaak van. De kinderen slapen slecht en hun verzorging laat te wensen over. Op vader leunt het gezin. Hij dreigt te decompenseren en ziet erg tegen de verhuizing op.*

De volgende afspraken worden gemaakt.

- Het GGV zal het gezin extra hulp bieden in verband met de verhuizing. Wanneer die achter de rug is zal de aandacht worden verlegd naar opvoedingsondersteuning van de moeder.
- Moeder stopt niet op eigen initiatief met de medicijnen Het is in het belang van de kinderen dat moeder stabiel blijft.
- Ter ontlasting van het gezin wordt een voorrangsplek gevraagd op een kinderdagverblijf voor Karin. Wanneer Karin niet de gehele dag thuis is kan vader zich meer ontspannen en kan moeder een dagbehandeling volgen.
- Ten slotte wordt naar een nieuwe school gezocht voor Tim.

Met moeder gaat het op en neer. De hulpverlener van moeder meldt het centraal meldpunt een terugval. Ook de GGV- hulpverlening stagneert doordat moeder het bed niet uitkomt. En Karin wordt soms niet opgehaald door moeder omdat ze te moe is. Een ernstige terugval van de moeder leidt tot een vervroegd afstemmingsoverleg. Uitleg over de situatie en de invloed van het ziektebeeld van moeder op haar functioneren helpt om gezamenlijk oplossingen te vinden.

In een later stadium is de leraar van Tim van de basisschool bij het overleg betrokken.

*Tim toont zich vaak angstig, is bang dat zijn moeder niet komt of wil naar zijn moeder kijken of het wel goed gaat.*

Afgesproken wordt dat op de dagen dat er geen GG hulpverlening in het gezin is, Tim overblijft op school. Voor Tim is het belangrijk dat hij weet waar hij aan toe is.

Een aantal maanden later kan de frequentie van afstemmingsoverleggen worden teruggebracht.



*Schema van basiszorgcriteria op grond waarvan wordt bepaald of voldoende basiszorg aanwezig is.*

Bij de meeste criteria wordt aangegeven of de situatie 'onvoldoende', 'voldoende' en 'goed' wordt gewaardeerd dan wel met ja/nee, niet van toepassing of anders.

1. Vaste verzorger
  - De aanwezigheid van een vaste verzorger.
  - De verzorger schenkt positieve aandacht aan het kind.
  - De verzorger kan zich verplaatsen in hoe het kind zich voelt.
  - De verzorger houdt rekening met de behoeften van het kind.
  - De verzorger is op de hoogte van wat een kind op die leeftijd kan.
2. Structuur en opvoeding
  - Dagstructuur aanwezig
  - Gezamenlijke activiteiten
  - Regels
  - Voorspelbaarheid opvoeder
3. Vangnet
  - Vangnet aanwezig
4. Dagelijkse verzorging
  - Voeding
  - Lichaamshygiëne
  - Kleding
  - Slaapgewoonten
5. Verzorging huishouden
  - Hygiëne
  - Opgeruimd/overzichtelijk
6. Medische/psychosociale verzorging
  - Bezoekt consultatiebureau/jeugdgezondheidszorg
  - Bezoekt hulpverleners
  - Volgt behandelingen
7. Activiteiten buitenshuis
  - Kind bezoekt school, kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of naschoolse opvang
  - Kind functioneert op school, kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of naschoolse opvang
  - Kind doet andere buitenschoolse activiteiten
8. Woonadres
  - Vast woonadres?
  - Woonvoorzieningen zoals gas/water/licht aanwezig?
  - Binnen milieu
  - Voldoende (woon)ruimte
  - Sanitair aanwezig?
  - Basisapparatuur aanwezig (wasmachine e.d.)
9. Voorzieningen voor het kind
  - Slaapgelegenheid
  - Baby-/kinderspullen aanwezig
  - Kleding en schoenen
  - Speelgoed
  - Veiligheidsmaatregelen
10. Financiën
  - Regelmatig inkomen
  - Ziektekostenverzekering

# Suikerziekte in de schijnwerpers

## Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen

K.I.M. Bree, M.L. Roos, I.M. van der Meer

**In het kader van het vierjarig preventieproject dat in Den Haag de Hindostaanse bevolking wil wijzen op een gezonde leefstijl, ter voorkoming van diabetes, is gekozen voor gebruik van theater. Door middel van een toneelstuk moet een grote groep mensen zich bewust worden van de risico's op het krijgen en hebben van diabetes. Werkt zo iets? Pikt het publiek dat naar het theater komt voor het aanschouwen van een liefdesdrama, ook de overige geboden informatie op?**

**Hieronder het relaas van het ontwikkelen van het toneelstuk, de opvoering en de reacties.**

### Wat hieraan voorafging

In Nederland wonen ruim 120.000 Surinaamse Hindostanen, waarvan ongeveer 35.000 in Den Haag. Aan de hand van prevalentie-onderzoek door de GGD Den Haag mag worden verwacht dat bijna één op de twee Hindostanen in Den Haag tijdens zijn leven suikerziekte ontwikkelt. Prevalentie van zelfgerapporteerde suikerziekte is onder Hindostanen zes tot tien keer zo hoog als onder Nederlanders. Vooral door de vele complicaties, waaronder hart- en vaatziekten, is suikerziekte een ernstige aandoening. Medische en maatschappelijke kosten voor diabetespatiënten zullen in de toekomst sterk stijgen, gezien de noodzaak van medische controles en zorg voor diabetici en het te verwachten toenemende aantal oudere Hindostanen (1)(2)(3).

Van 1996 tot 1998 is in Den Haag een interventieproject uitgevoerd, dat leidde tot een betere diabeteszorg voor Hindostanen (4)(5). Voor de preventie van diabetes is een gezonde leefstijl van groot belang, hier valt veel gezondheidswinst te behalen. Besloten is om in een vierjarig preventieproject<sup>1</sup> de verschillende beïnvloedbare determinanten van diabetes de revue te laten passeren: 2002 stond in het teken van bewustwording, 2003 staat in het teken van bewegen, in 2004 wordt aandacht besteed aan gezonde voeding en overgewicht en in 2005 komen roken en alcoholgebruik aan de orde.

Het Jaar 2002 richt zich dus in het bijzonder op een betere bewustwording van de risico's op diabetes. Hoe kun je bij een grote groep mensen een bewustwor-

dingsproces op gang brengen? Hiervoor is gezocht naar een methode die aansluit bij de Hindostaanse doelgroep. Hindostanen hebben een rijke theatertraditie. Er worden in Nederland weinig toneelstukken in het Sarnami uitgevoerd, maar waar dat het geval is worden de stukken druk bezocht door bezoekers van alle leeftijden. We hebben gekozen voor een toneelstuk waarin kennis over diabetes, de oorzaken en de gevolgen op aansprekende wijze worden weergegeven. In het stuk worden aansporingen gegeven voor gedragsverandering.

### Toneel als middel

De mogelijkheden voor een avondvullend toneelstuk hebben we met verschillende Hindostaanse regisseurs besproken. Uiteindelijk kozen we voor een samenwerkingsovereenkomst met Kamla Sukul, een zeer ervaren regisseuse die meer dan twintig Hindostaanse toneelstukken heeft geschreven in de afgelopen jaren. Ze had al zalen geboekt voor haar nieuwste voorstelling en was net gestart met het schrijven van de tekst toen we contact met haar opnamen. Afsgesproken werd dat zij informatie over diabetes zou verwerken in het liefdesverhaal dat in het stuk centraal staat. Zo ontstond een uniek samenwerkingsproject, waarin deskundigen van de projectgroep in diverse gesprekken met mevrouw Sukul inhoudelijke informatie over diabetes konden aanreiken.

Kamla Sukul werkte razendsnel. In april werd vastgelegd dat we met elkaar in zee zouden gaan, in mei

Over de auteurs:

Mw. ir K.I.M. Bree, GVO functionaris, mw. drs. M.L.Roos, projectmedewerker en mw. ir. I.M. van der Meer, allen werkzaam bij de productgroep EGG, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

<sup>1</sup> Het betreft een samenwerkingsproject van de GGD Den Haag met Hindostaanse zelforganisaties (Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt, Federatie Ekta en Unit Surinaams Welzijnswerk), Thuiszorg Den Haag, SportSupport van de gemeente Den Haag en de Diabetes Vereniging (DVN) afdeling Den Haag.

werd het stuk geschreven en begonnen de repetities, waarna in september de try-out volgde. Het was een spannend proces, wij verstaan geen Sarnami en kregen van Kamla Sukul een in het Nederlands vertaalde samenvatting van de tekst van het toneelstuk. Doordat we slechts over een samenvatting beschikten ontstonden enkele misverstanden over de inhoud van de informatie. Door goed onderling overleg kwamen we er uiteindelijk toch prima uit.

De regisseuse verzorgde ook de publiciteit van het toneelstuk. Ze maakte spotjes voor de radio, er kwamen posters en flyers en de kaartverkoop liep via twee Hindostaanse videotheken. Voorwaarde van Kamla was dat vooraf niet bekend werd gemaakt dat het om een samenwerkingsproject ging en dat het toneelstuk in het teken stond van diabetes. Eerdere ervaring met een toneelstuk van haar over Aids waarbij de relatie met de financiers wel naar voren werd gebracht, leerde dat er nauwelijks publiek op af kwam. Daarnaast wilden we voorkomen dat alleen mensen die diabetes hebben naar het toneelstuk zouden gaan; ons doel was juist het algemene publiek te bereiken. Door de informatie te verpakken in een toneelstuk over de liefde kregen de bezoekers zijdelings informatie mee. Voor ons was dit een nieuwe manier van werken. Na uitvoerig beraad gingen we akkoord, onder voorwaarde dat in de programmaboekjes de samenwerkingspartners wel genoemd zouden worden.

### Het doek gaat open

En toen was het zover. Op 29 september try out in Capelle aan den IJssel, op 4 oktober première in de Rijswijkse Schouwburg, en daarna volgden nog twee voorstellingen in theater 'Zwembad de Regentes' en één in Nieuwegein. Met de projectgroepleden hadden we een aantal informatiestands ingericht in de foyer van de schouwburg. Langzaam druppelden de eerste bezoekers binnen, maar al gauw stroomde het theater vol. De try-out in Capelle aan den IJssel bekeken we vanuit de coulissen, waar we de spanning van de spelers konden voelen. De lichten gingen uit en de spelers betraden het toneel. Toen de eerste act was gespeeld en de hoofdpersonen de coulissen ingingen, werden ze in stilte toegejuicht door de andere spelers. De spits was eraf. Ondanks het feit dat de spelers amateurs zijn werd er professioneel theater neergezet. Het stuk was voornamelijk in het Sarnami, sommige zinnen waren in het Nederlands. Toch was het voor ons Nederlanders aardig te volgen. Voor alle bezoekers was er een boekje met een korte Nederlandse samenvatting, en daarnaast zegt lichaamstaal veel. Achter de schermen gaven de spelers ons hier en daar een korte

uitleg. Zeker in het eerste deel werd veel en uitbundig gelachen om de grappen van de spelers. De informatie over diabetes was nadrukkelijk in het stuk verweven. Zo werd bij een van de hoofdpersonen een been geamputeerd, nadat hij zijn voetproblemen had verwaarloosd. Deze persoon had diabetes en waar-schuwde de bezoekers voor de gevolgen van de ziekte. Hij riep de mensen op om hun gedrag te veranderen en een situatie zoals bij hem te voorkomen. Een meisje met overgewicht kreeg adviezen van een diëtiste. Met de liefde liep het niet goed af. Het einde was dramatisch.

Na afloop hoorden we verschillende geluiden van de bezoekers. Sommigen waren van mening dat er teveel diabetes in het stuk verweven was. Anderen vonden het geweldig dat er op deze manier aandacht was besteed aan zo'n belangrijk onderwerp. Ook over het feit dat dit in een toneelstuk was verpakt kregen we positieve reacties. 'Zo bereik je veel mensen en de boodschap is erg belangrijk.'

Uiteindelijk hebben 1200 mensen in Den Haag en Rijswijk de voorstelling bezocht en ongeveer 800 in Capelle aan de IJssel en in Nieuwegein.

### Evaluatie

Na afloop van het toneelstuk kregen de bezoekers in Den Haag en in Rijswijk een enquête mee naar huis met vragen over diabetes en leefstijl. 28% Van de bezoekers stuurde de enquête terug, wat een redelijke respons is voor deze doelgroep. Na het zien van het toneelstuk gaf 94% van de respondenten aan diabetes te herkennen aan 'veel dorst', 81% meldde het ook te herkennen aan 'vaak plassen'. Deze informatie werd in het toneelstuk gegeven. Vrijwel iedereen bleek te weten dat diabetes niet te herkennen is aan haaruitval (94%), hoge koorts (99%) en rode puistjes (96% goede antwoorden). Dat een hartinfarct een gevolg kan zijn van diabetes wist slechts 63%, dat diabetes kan leiden tot afgestorven ledematen wist 82% (ondanks het feit dat bij een belangrijke speler in het toneelstuk een been werd afgezet!). Opvallend was ook dat 69% van de respondenten ten onrechte dacht dat iemand die elke dag rijst eet een grotere kans heeft om diabetes te krijgen. Wel wist meer dan 80% van de respondenten dat overgewicht en weinig beweging risicofactoren zijn voor diabetes. 47% Van de respondenten bleek te willen afvallen en 35% was daar ook al mee bezig. Daarnaast vond 37% van de respondenten dat hij/zij onvoldoende bewoog, 63% van alle respondenten gaf aan (nog) meer te willen gaan bewegen. Wij beoordelen de resultaten als overwegend positief: er is een goede basis gelegd voor het vervolgproject.

### Vervolgactiviteiten

Het jaar 2003 staat in het teken van beweging. Via radio, groepsvoorlichting, artikelen in de geschreven media en activiteiten op festivals zoals Milan, worden mensen aangespoord meer te gaan bewegen in het dagelijks leven. Op dit moment wordt nog nagedacht over mogelijkheden om een fittest op te zetten en mogelijkheden om huisartsen en geestelijken bij het project te betrekken.

Gedragsverandering is een tijdrovend proces. De komende jaren speelt het leveren van een bijdrage aan het terugdringen van deze ziekte zeker nog een hoofdrol. Het doek is nog lang niet gevallen...

### Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. *Epidemiologisch Bulletin* 1996;31:5-11.
2. Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram AM, Ramsaransing GN, Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *International Journal of Epidemiology* 1999;28:1119-23.
3. Portielje JEA, Geelhoed-Duijvestein PHLM. Hart- en vaatziekten en diabetes bij Hindostanen. *Epidemiologisch Bulletin* 1996;31:21-24.
4. Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Leeuwen FL van, Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. *Epidemiologisch Bulletin* 1999;34:9-12.
5. Stuurgroep GGD Den Haag/Thuiszorg Den Haag, Diabetes mellitus en cardiovasculair risico bij Hindostanen in Den Haag, projectverslag, december 1996-september 1999.

# 'Een niet afgehandelde hulpvraag komt altijd terug. Dat maakt de zorg op den duur onbetaalbaar'

## STIOM nu in vier Haagse wijken

*W. van Rijssel*

Vanaf 1994 is in Den Haag de STIOM werkzaam, de Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. Gestart en de eerste jaren ontwikkeld vanuit de achterstandswijken van het Haagse Centrum, heeft STIOM haar activiteiten de afgelopen drie jaar uitgebreid tot Laak, Segbroek en Escamp.

Deze stadsdelen hebben inmiddels kennisgemaakt met de STIOM-methode en - na een aantal problemen in de aanloopfase - met de resultaten die ermee kunnen worden behaald. Wat is het kenmerkende van de STIOM-methode? Vanwaar die nadruk op de koppeling tussen zorg en welzijn? Onder welke condities floreert deze manier van problemen aanpakken en kan het ook in andere grote steden? Een gesprek met Trees van der Maat, directeur van STIOM en bijna vanaf de start de drijvende kracht achter de organisatie.

Als een rode draad loopt door het gesprek de constatering, dat gezondheid en welzijn sterk met elkaar samenhangen, in het bijzonder in de achterstandswijken waar STIOM werkt. Mensen voelen zich ziek en hebben allerlei klachten, die veel te maken hebben met 'externe' factoren. Huisvesting, laag inkomen, onwetendheid op bepaalde terreinen, andere gewoonten, gevoelens van onveiligheid en angst voor het onbekende veroorzaken klachten, waar de huisarts, fysiotherapeut of psychiater in hun eentje geen oplossing voor kunnen vinden.

Trees van der Maat: "Meer dan de helft van de hulpvragen die de huisarts dagelijks krijgt, is niet uitsluitend medisch van aard. De oplossing in het medische zoeken is derhalve onvoldoende. Alleen door problemen integraal op te pakken, door samen te werken met collega's en andere instanties, zoals het welzijnswerk en de maatschappelijke dienstverlening, kunnen ze worden opgelost. Dit inzicht ligt als het ware aan de basis van het werk van de STIOM.."

"Wij zetten een infrastructuur op in de extramurale zorg: wij brengen al die instellingen en zelfstandig werkende individuele hulpverleners *in een netwerk bij elkaar*, zodat ze de problemen die ze dagelijks in hun werk tegenkomen, met elkaar kunnen bespreken. En we brengen zorg en welzijn bij elkaar. Wanneer je

alles bij elkaar brengt kun je zien waar de lacunes zitten en bewerkstelligen dat er samenhang ontstaat in het hele zorgaanbod. Wij streven er ook naar dat er zo laagdrempelig en begrijpelijk mogelijk wordt gewerkt. Vervolgens zetten we samen met de hulpverleners *zorgvernieuwingsprojecten* op. Die projecten draaien altijd om het zoeken naar nieuwe methodieken of samenwerkingsvormen en komen voort uit het feit dat met name in de achterstandswijken het aanbod niet aansluit op de vraag van een groot aantal allochtone cliënten. Taal speelt een belangrijke rol, cultuurverschillen, de mensen zijn weinig zelfredzaam, zijn angstig, hebben veel vragen. Als de zorg daar geen adequaat antwoord op heeft, blijven ze terugkomen. Een niet goed afgehandelde hulpvraag komt altijd terug. En dat maakt dat de zorg onbetaalbaar wordt, de hulpverleners opgebrand raken en de cliënt ontevreden blijft. Hulpverleners werken overigens op basis van vrijwilligheid mee aan deze projecten, velen in hun vrije tijd. Ondanks overvolle agenda's is er blijkbaar het besef dat wat men gezamenlijk binnen STIOM doet van wezenlijk belang is voor het werken in achterstandswijken."

### Uitbreiding niet zonder slag of stoot

De afgelopen jaren heeft STIOM op deze manier succesvol gewerkt in het Centrum en in de Schilderswijk. Reden voor de gemeente om in 1998 aan STIOM te vragen haar activiteiten uit te breiden naar de stadsdelen Laak, Segbroek en Escamp. Die uitbreiding is er gekomen, maar niet zonder slag of stoot:

“Als ik er nu op terugkijk is het inderdaad geen makkelijk proces geweest, maar het is gelukt en achteraf gezien hebben we toch nog een en ander relatief snel weten op te zetten. De problemen waren van persoonlijke aard, organisatorisch en financieel.

Voor drie nieuwe wijken hadden we drie nieuwe projectleiders nodig. We merkten al gauw dat we eigenlijk *schapen met vijf poten* zochten, mensen met tegenstrijdige eigenschappen: heel praktijkgericht, met de nodige voelhorens, doeners met een behoorlijk analytisch vermogen, die ook nog eens bindend zouden kunnen werken in de stadsdelen. Eigenlijk zochten we mensen met gevoel voor het proces (procesmanagers), die tegelijk heel resultaatgericht zijn (projectmanagers).

In de praktijk is het een paar keer op een teleurstelling uitgedraaid. Na anderhalf jaar besloten we de mensen zelf te gaan opleiden. Met succes, in de vier stadsdelen hebben we nu goed draaiende projectleiders. En dat zijn inderdaad mensen met gedrevenheid.

Daarnaast doet STIOM samen met het bureau Public Health van de gemeente Den Haag een aantal zogeheten ‘Proeftuinprojecten’: Nieuwe Sporen, Versterking Eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg en Modernisering Eerstelijns Gezondheidszorg. Ook hiervoor hebben we projectleiders opgeleid. Inclusief mijzelf zitten we nu op negen projectleiders.”

### Bottom-up organisatie

Daarmee ‘dreigde’ STIOM groot te worden en dat is niet wat STIOM nastreeft:

“Onze kracht is altijd geweest: kleinschalig, korte lijnen, snel kunnen reageren op vragen van hulpverleners en heel snel resultaten kunnen laten zien.

Ondanks de groei zijn deze voorwaarden nog steeds aanwezig. Uiteindelijk heeft dat niets te maken met groot of klein, het zit in onze manier van werken.”

Voor het zover was heeft de stichting met vallen en opstaan moeten leren wat de beste werk- en bestuursvorm is. Aanvankelijk werden de projectleiders in de

nieuwe stadsdelen gedetacheerd en aangestuurd door een bestuur van de daar deelnemende instellingen.

Het bestuur van STIOM was samengesteld uit die deelbesturen. Gaandeweg kwam men erachter dat de nieuwe mensen in hun eentje dreigden te verpieterden en dat er door die omslachtige

bestuursstructuur van de oude daadkrachtige STIOM niets meer over was.

“We hebben twee beslissingen genomen. Ten eerste hoefden de projectleiders niet langer fulltime in het stadsdeel te zitten waar ze werken, maar kregen ze voortaan ook hier in de Rubenshoek (de stedelijke vestiging van STIOM) een plek om te werken en overleggen. Ten tweede is het bestuur teruggebracht tot een onafhankelijk klein bestuur, waarin mensen zitten op basis van deskundigheid. Daaronder functioneert het STIOM-bureau, met de projectleiders uit de stadsdelen en de proeftuinen. Daarmee zijn we veel meer dan voorheen een bottom-up organisatie, met een faciliterend bestuur-op-afstand. Het zijn steeds de gezamenlijke hulpverleners in het stadsdeel die bepalen wat de projectleiders oppakken. Dan heb ik het over de huisartsen, maatschappelijk werkers, GGZ-medewerkers, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen, jeugdgezondheidszorg, thuiszorg, ouderenwerkers, sociale raadslieden, politie e.a., die elkaar treffen op de zeswekelijkse platforms. Zij signaleren de knelpunten die ze in hun dagelijkse praktijk tegenkomen, de STIOM-projectleider gaat ermee aan de slag. Soms betreft het eenvoudige zaken, die snel kunnen worden opgelost (zoals betere afspraken tussen hulpverleners onderling). Maar vaker gaat het om meer ingewikkelde problemen, die ook meer investering vragen. In die gevallen organiseert de projectleider meestal een werkgroep van direct betrokkenen, die samen met de projectleider op zoek gaan naar de meest adequate oplossingen.”

### Lastig meetbare zaken

Naast het vinden van de juiste mensen en een adequate bestuursvorm, speelde het geld STIOM parten bij het realiseren van de uitbreiding. De gemeente verschaftte een basissubsidie voor de uitbreiding, maar die was niet toereikend en

STIOM moest partners in het veld aanspreken voor medefinanciering. Die partners zijn Parnassia, de huisartsen -via het fonds Huisartsen Achterstandswijken-, de verzorgingshuizen, ziekenhuizen, Haagse Welzijnsorganisaties, e.a. Met elkaar en aangevuld

*‘Schapen met vijf poten zochten we, uiteindelijk hebben we besloten die zelf op te leiden’*

*‘Bottom-up, de STIOM-methode’*

door lokale en landelijke fondsen zorgen zij voor een jaarbudget van een kleine € 400.000. De individuele hulpverleners investeren hun vrije tijd. De zorgverzekeraars hebben de eerste vijf jaar financieel bijgedragen aan STIOM en vinden dat de organisatie zich nu verder zelf moet kunnen redden.

“Dat is minder redelijk dan het klinkt, want juist de verzekeraars hebben baat bij een beter functionerende

***‘Druk maar eens in geld uit dat huisartsen het dankzij hun deelname aan STIOM langer en met meer plezier volhouden’***

gezondheidszorg. Wij zorgen ervoor dat de zorg efficiënter wordt en dat de hulpvraag waar mogelijk wordt ingedamd. We werken aan de arbeidssatisfactie van de hulpverleners, zijn permanent bezig met vernieuwing van de zorg. Dat is feitelijk kostenbesparend. Daarom gaan we het gesprek met de zorgverzekeraars ook heropenen, omdat alle partijen in het veld iets te winnen hebben bij STIOM. Het probleem is dat het soms om van die lastig meetbare dingen gaat. Druk maar eens in geld uit dat huisartsen het dankzij hun deelname aan STIOM langer en met meer plezier volhouden. Dat ze niet burnout raken. Maak dat maar eens hard. Niettemin gaan we de komende jaren werken aan het ontwikkelen van andere meetinstrumenten, zodat ook deze resultaten zichtbaar kunnen worden gemaakt. We zullen dat o.a. doen in samenwerking met de GGD.”

“Door gebrek aan geld is de uitbreiding naar andere stadsdelen zeker anderhalf jaar vertraagd. Inmiddels hebben we met veel kunst- en vliegwerk onze begroting ieder jaar op orde.

Zelf vinden we dat we naar een meer structurele financiering toe moeten en dat die evenrediger moet worden verdeeld onder de partners, inclusief de zorgverzekeraars.”

#### **Voorbeelden genoeg**

Investeren in preventie mag dan moeilijk hard te maken zijn aan de hand van cijfers, het nut van preventie kan wel ruimschoots worden geïllustreerd aan de hand van enkele recente voorbeelden.

“Een mooi voorbeeld van indammen van de hulpvragen aan huisartsen is het proefproject *‘Oneigenlijke vragen’* dat nu in Segbroek loopt:

Huisartsen raken met name overbelast door allerlei hulpvragen die niet bij de huisarts thuishoren. Briefjes voor schoolverzuim, briefjes voor de Arbo-arts, voor huisvesting, etc. Daar zijn huisartsen helemaal niet

voor! Dus heeft de projectleider contact opgenomen met de scholen, Arbodienst, gemeentelijke diensten en daar duidelijk gemaakt, dat ze de mensen voor zoiets niet naar de huisarts moeten sturen. We hebben ook afgesproken waar de mensen dan wel moeten zijn voor zo’n briefje. Vervolgens hebben we met de huisartsen een kaart ontwikkeld, waarop de meest voorkomende oneigenlijke vragen staan met alternatieven waar de mensen terecht kunnen. Die kaart wordt door de huisartsen verspreid, zodat ze in het vervolg kunnen zeggen: u moet niet bij mij zijn. Zoiets ontlast de huisarts en bevordert de zelfredzaamheid van de cliënt. Aan zo’n voorbeeld zie je ook waar wij ons onderscheiden van andere ‘intermediaire’ organisaties in de



illustratie: kaart met oneigenlijke vragen aan de huisarts. Uitgave STIOM.

## voorbeelden van oneigenlijke vragen aan de huisarts

### Waarvoor moet u niet bij uw huisarts zijn?

Waar moet u dan wel zijn?

#### 1. Urgentieverklaring voor een woning

1. De woningcorporaties hebben informatie over het aanvragen van een urgentie- of voorrangsverklaring. Wanneer er nader naar uw medische toestand gekeken moet worden, wordt de GGD-arts ingeschakeld.

#### 2. Bijzondere bijstand

2. Voor het aanvragen van bijzondere bijstand kunt u terecht bij de gemeente. Dienst SZW (tel. 070 - 353 75 00). Wanneer alsnog om een medische verklaring wordt gevraagd, kunt u uw huisarts vragen om een relevant afschrift uit uw medisch dossier te sturen aan de betreffende arts van de instantie.

#### 3. Gehandicaptenparkeerplaats

3. Als u een invalidenparkeerplaats wilt aanvragen, kunt u terecht bij de stadsdeelkantoren (tel. 070 - 353 30 00). De aanvraag gaat naar de indicatiecommissie van de GGD, die u - na betaling - medisch zal keuren.

#### 4. Briefjes voor school

4. Scholen hebben een verklaring nodig als een kind om medische redenen voor langere tijd niet deel kan nemen aan verschillende activiteiten als gymmen, schoolzwemmen of door ziekte afwezig is. Voor deze verklaring kunt u terecht bij een onafhankelijke arts, anders dan uw eigen huisarts.

#### 5. Briefjes voor annuleringsverzekering

5. Om te oordelen of een geboekte reis terecht is geannuleerd om medische redenen, moeten verzekeringsmaatschappijen een onafhankelijke arts inschakelen.

#### 6. Extra aandrang op wachtlijst

6. Uw huisarts kan niets veranderen aan de lange wachtlijsten. U kunt hooguit zelf bellen. Neem wel altijd contact op met uw huisarts wanneer uw medische toestand verandert of verslechtert. In geval van medische spoed zal uw huisarts zelf contact opnemen.

#### 7. Griepverklaring voor Arbo-controle

7. Als de Arbo-dienst vraagt of u uw huisarts heeft geraadpleegd, kunt u gerust 'nee' antwoorden wanneer uw verkoudheid of griep korter duurt dan tien dagen.

#### 8. Recepten namens andere artsen of voor andere patiënten

8. Uw huisarts kan geen recepten overnemen van alternatieve genezers of van artsen uit het buitenland, omdat iedere arts daar zelf verantwoordelijk voor is. Uw huisarts mag ook geen recepten voor anderen uitschrijven op uw ziektefondskaart.

#### 9. Verwijskaart voor kaakchirurg

9. Tandartsen kunnen zelf doorverwijzen naar medisch specialisten en zelf medicijnen (bijv. antibiotica) voorschrijven. Verwijzing naar de huisarts is onnodig.

#### 10. Huisvestings- of huurproblemen

10. Met problemen over huisvesting of huur kunt u terecht bij de sociaal raadsleden (tel. 070 - 353 76 55) of op het huurdersspreekuur bij u in de buurt.

gezondheidszorg, zoals de Districts Huisartsen Vereniging of de Transmurale zorg. STIOM gaat met name uit van de dagelijkse problemen van hulpverleners. Een ander voorbeeld is 'Bewegen op recept', in Centrum: Veel mensen in deze wijken hebben bewegingsklachten en vooral vage klachten. Veel diabetes, cara, hypertensie, hart- en vaatziekten, rugklachten. Omdat de mensen niet bewegen krijgen ze klachten. Bekend is dat veel diabetespatiënten verslechtering van hun ziekte kunnen voorkomen door te gaan bewegen. Op verzoek van huisartsen en fysiotherapeuten hebben wij het project Bewegen op recept gestart. Heel laagdrempelig, samen met het welzijnswerk en

sportverenigingen. De mensen krijgen via de huisarts een recept voor de bewegingsadviseur. Die bekijkt wat ze aankunnen en neemt hen mee naar de bewegingsgroepen, die wij hebben opgezet. De huisarts krijgt na verloop van tijd bericht hoe het is met de patiënt. Zo'n project maakt mensen fitter, vermindert de klachten en werkt derhalve kostenbesparend. Het NUTS-OHRA-fonds financiert overigens een deel van dit project. Nog een voorbeeld? 'Medicijngebruik tijdens de ramadan': In Escamp en Laak gaat volgend jaar een intensieve voorlichtingscampagne van start over het slikken van medicijnen tijdens de ramadan, samen met apotheken,



migrantenvoorlichters en praktijkverpleegkundigen. Mensen slikken overdag hun medicijnen niet omdat ze denken dat het niet mag van de koran. In veel gevallen is het onverantwoord om van zonsopgang tot zonsondergang geen medicijnen te slikken. De koran zegt óók dat men bij ziekte wel iets door de mond kan laten gaan. Om de boodschap goed over te brengen schakelen we bij zo'n voorlichtingscampagne vertrouwenspersonen in uit de allochtone gemeenschap. Vaak vervullen imams of pandits deze functie. Het STIOM-project *Nieuwe Sporen* screent de vertrouwenspersonen en zet ze in bij complexe gevallen. Een vertrouwenspersoon uit de eigen gemeenschap heeft moreel gezag en allerlei ingangen, waardoor problemen toch kunnen worden opgelost.

Een laatste voorbeeld: *ontspanningsgroepen*.

Dat is een klein project dat ooit is gestart in het gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk, met een maatschappelijk werker en een fysiotherapeut. Beiden hadden chronische patiënten met psychische klachten en nek- en rugklachten, van wie de twee hulpverleners het idee hadden: we kunnen blijven behandelen tot we een ons wegen, ze blijven terugkomen. Een aantal patiënten stond ook op de wachtlijst van Parnassia. Toen zijn die twee een groep gestart met ontspanningsoefeningen, onder leiding van een fysiotherapeut, waar de maatschappelijk werker bij zit. Na een paar keer raken de vrouwen gewend aan elkaar en gaan ze voorzichtig praten over hun problemen met het leven hier, met de kinderen, relaties, enz. Doordat ze bij elkaar zitten kunnen ze veel herkennen en van elkaar leren. En wat blijkt? Het merendeel van de vrouwen hoeft helemaal niet meer naar Parnassia, het maatschappelijk werk of de fysiotherapeut, je ziet ze sterker worden.

Dit betreft een kleine pilot. We hebben nu geld gekregen van Fonds 1818 en het NUTS/OHRA-fonds om drie jaar lang dergelijke groepen op te zetten en de resultaten in kaart te brengen. De GGD gaat het onderzoeken. Zo hopen we ook in cijfers aan te kunnen tonen dat deze vorm van preventie voor alle partijen 'lonend' is, zodat deze activiteit over drie jaar als regulier aanbod door de zorgverzekeraars wordt gefinancierd."

#### Vanuit de werkvloer

Waarom zijn er in andere grote steden nog geen STIOM's?

"Ik ben ervan overtuigd dat STIOM met dezelfde filosofie en met dezelfde korte lijnen ook elders kan werken. Amsterdam heeft het geprobeerd en daar is het niet gelukt, volgens mij omdat men het in Amster-

dam vanuit de GGD wilde organiseren. Dat werkt niet, de GGD is ook zorgaanbieder, partij in het veld. De kracht van STIOM is juist haar onafhankelijkheid. In Rotterdam probeert men het nu, daar vormen vooral de financiën een groot probleem. Waar men ook moeite mee heeft is het bottom-up karakter van het werk. Dat moet je als financier aandurven, je laat iets gebeuren waar je je verder niet mee mag bemoeien. Den Haag heeft het indertijd wel aangedurfd, niet in de laatste plaats doordat hier in de Rubenshoek een actieve groep hulpverleners zat, die tegen de gemeente zei: laat ons nou opdrachtgever zijn, wij weten waar de problemen in onze wijk zitten. Problemen moet je nou eenmaal oplossen vanuit en met de werkvloer."

En in de toekomst, redden jullie het dan? Want er komt nogal wat aan problemen af op die achterstandswijken....

"Daar zijn wij op ingesteld. Onze manier van werken is zo basaal, dat we altijd in staat zijn tijdig te signaleren wat de ontwikkelingen zijn. Juist doordat we iedereen bij elkaar brengen en met elkaar oplossingen creëren. Wij willen dat al die hulpverleners in de achterstandswijken met plezier kunnen blijven werken (en voorkomen dat ze naar een andere wijk gaan). Het kan zoveel leuker en efficiënter, met een praktijkverpleegkundige erbij en een administratieve kracht die veel uit handen neemt. Dat kan allemaal alleen als je samenwerkt, zoals bijvoorbeeld in de nieuwe Centra voor zorg en maatschappelijke dienstverlening, waar welzijn en zorg bij elkaar zitten. Daar hebben we in Den Haag voor gekozen: centra in de wijk, waar hulpverleners bij elkaar zitten en in onderlinge afstemming de zorg aanbieden. Het gaat niet om één model, zoals in de vroegere gezondheidscentra, maar om vele denkbare samenwerkingsconstructies. Want met centra van bijvoorbeeld alleen zes huisartsen en een fysiotherapeut ben je er niet. Zoals eerder gezegd, problemen waarmee mensen bij de huisarts komen zijn voor meer dan de helft niet medisch van aard. Door met zorg en maatschappelijke dienstverlening in een pand te zitten vergemakkelijk je de doorverwijzing en de praktische samenwerking, en bespaar je veel tijd en kosten. De financiering van dergelijke centra moet een samenspel zijn van zorgverzekeraars en gemeente. STIOM kan bij de opbouw een belangrijke rol spelen."

# Korte berichten

## Actuele informatie

### Hoogleraar Grote stad en Gezondheidszorg

Voormalig hoofdredacteur van het Epidemiologisch Bulletin dr. H.G.J. (Harry) Nijhuis (1946) is per 1 februari 2003 benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Grote stad en Gezondheidszorg' aan de Universiteit van Amsterdam, faculteit maatschappij- en gedragswetenschappen.

Als hoogleraar zal Harry Nijhuis zich vooral bezighouden met de gezondheidszorg en de gezondheidsproblemen van deze tijd. In het bijzonder met de situatie in de grote steden, waar een concentratie bestaat aan gezondheidsproblemen die verband houden met sociaal zwakkeren, andere culturen, oude wijken, ouderen en psychosociale problematiek van jongeren. Op dit type gezondheidsproblemen, met sociale, economische en culturele componenten, heeft de gezondheidszorg in Nederland nog niet de juiste antwoorden. Vanuit de - nieuwe - leerstoel zal Nijhuis de aandacht richten op onderzoek, onderwijs en debat rond de wisselwerking tussen mensen in de grote stad en de gezondheidszorg.

Harry Nijhuis was oprichter van het Epidemiologisch Bulletin en is er twintig jaar de hoofdredacteur van geweest. In die jaren was hij tevens hoofd van de afdeling Epidemiologie van de Haagse GGD, later werkte hij in diverse managementfuncties bij de GGD.

In 1994 promoveerde hij op het proefschrift 'Voorwaarden voor Vernieuwing van Public Health. Een wetenschaps- en maatschappij-theoretisch perspectief'. Vanaf

1997 is Harry Nijhuis hoofd van het Bureau Public Health van de gemeente Den Haag, waar hij o.a. bezig is met het tot stand brengen van 'Centra voor gezondheidszorg en dienstverlening' in de achterstandswijken van Den Haag. (Zie ook het interview met STIOM-directeur Van der Maat in deze aflevering van het Bulletin.)

De leerstoel die Harry Nijhuis gaat bezetten is nieuw en ingesteld op initiatief van de Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA), AGIS-Zorgverzekeringen en de gemeente Den Haag.

### Fusie NSPH en NSOH

Per 1 januari 2003 gaan NSPH en NSOH samen onder de naam Netherlands School of Public & Occupational Health. Samen verzorgen zij onderwijs en advisering op het terrein van openbare gezondheidszorg, arbeid, gezondheid en sociale zekerheid. Vanaf 27 januari gebeurt dit vanaf één locatie in Amsterdam: Tafelbergweg 51, telefoon 020 - 5664949. Zie ook [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl).

### Nieuw verschenen

#### Over oude gewoontes en nieuwe ideeën

De gemiddelde Nederlander met gezondheidsklachten weet de weg naar huisarts, apotheek, specialist en ziekenhuis. Sterker nog, we weten niet anders dan die ene weg. Het zou ook anders kunnen en misschien ook wel anders moeten, gezien de wachtlijsten en de werkdruk in de gezondheidszorg. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft zich gebogen over een

eventuele herverdeling van taken in de gezondheidszorg, en er een lijvig rapport over gepubliceerd 'Taakberschikking in de gezondheidszorg'. Op basis van dit rapport is een informatieve brochure verschenen 'Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen.'

De brochure noemt o.a. het voorbeeld van de speciaal opgeleide verpleegkundige, die taken als voorlichting, begeleiding en nazorg van patiënten zou kunnen overnemen van de arts. Het maakt het beroep van verpleegkundige veel interessanter en uit onderzoek van de Raad blijkt bijvoorbeeld dat 96% van de patiënten er vóór is bij de EHBO te worden geholpen door een gespecialiseerde verpleegkundige, als zij daardoor sneller worden geholpen. Evenzo geeft 81% van de ondervraagde patiënten de voorkeur aan een eerste consult door een gespecialiseerd verpleegkundige bij wie men binnen een week terecht kan, boven een specialist op wie men acht weken moet wachten. Voor het zover is moeten nog de nodige hindernissen worden genomen. De brochure schetst ze allemaal en wijst bovenal op de voordelen van taakherverdeling. Voor het bestellen van de brochure kijk op [www.rvz.net](http://www.rvz.net).

#### Website lesmateriaal

Het Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en de Stichting Leerplanontwikkeling (SLO) hebben samen een website geopend waarop een permanent overzicht te vinden is van les- en achtergrondmateriaal over gezondheid. Van voeding tot seks, van alcohol

tot veiligheid. Handig voor docenten bij lesvoorbereiding, en voor leerlingen bij werkstukken. Adres: [www.gezondopschool.nl](http://www.gezondopschool.nl).

### Cursussen

#### Introduction Epidemiology and Control of Infectious Diseases

Knowledge of transmission risks and influencing factors is necessary to understand the epidemiology of infectious diseases and to develop control programmes. The morbidity is still considerable. Governmental precautionary measures can cause tension between individual and collective interests. Doelgroep: artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, werkers in de openbare gezondheidszorg. Data: 3, 4, 10 en 11 april 2003. Lokatie: NSPOH Utrecht. Informatie: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl) en [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

#### Tuberculosis Control

The course focuses on tuberculosis control in East- en West European countries as well as in developing countries. The most relevant organisational and managerial aspects of tuberculosis control in different public health settings will be presented.

Doelgroep: artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, werkers in de openbare gezondheidszorg. Data: 14, 15, 22 en 23 april 2003. Lokatie: NSPOH Utrecht. Informatie: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl) en [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

#### Reizigersadviesing en -immunisatie voor artsen

Deze module over preventie en theoretische achtergronden van ziekten bij reizigers gaat in op zaken die van belang zijn voor het functioneren van het reizigersadviesbureau, zoals bedrijfsvoering, beleidsmatige organisatie, kwali-

teitsbewaking. Andere onderwerpen: epidemiologie van reizigersziekten, vaccinatie, malaria, hoogteziekte, 'bijzondere reizigers'. Doelgroep: artsen met minimaal 1 jaar ervaring bij een reizigeradviesbureau van GGD of Arbodienst. Ook voor huisartsen die zelf adviseren. Data: 23 april, 14 en 21 mei, 4, 11 en 25 juni 2003. Lokatie: NSPOH Utrecht. Informatie: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl) en [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

#### Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

##### Het jaar 2002 vergeleken met 2001, voor de stad Den Haag

##### *Bacillaire dysenterie*

In 2002 zijn in Den Haag 17 gevallen (31 in 2001) gemeld. Net als vorig jaar wordt de meerderheid van de meldingen (70%) in verband gebracht met besmetting in het buitenland.

##### *Buiktyfus*

In 2002 waren er 5 meldingen (2001: 6 meldingen). Van 3 meldingen is bekend dat de besmettingen gerelateerd zijn aan reizen naar Azië.

##### *Hepatitis A*

In 2002 werden minder hepatitis A gevallen gemeld (20) dan in 2001 (54). Deze daling is ook landelijk geconstateerd. Mogelijk houdt de daling verband met de jaarlijkse vaccinatiecampagnes voor migranten die naar het thuisland op vakantie gaan. De meerderheid van de besmettingen (11 van de 20) was terug te voeren op verblijf in het buitenland.

De ziekte is in 16 van de 20 meldingen vastgesteld bij personen van allochtone herkomst, en 11 van de 20 meldingen betroffen kinderen onder de 14 jaar.

##### *Hepatitis B*

Er zijn in 2002 meer hepatitis B meldingen gedaan dan in 2001 (van 95 naar 196). De overgrote meerderheid betrof chronische dragers van het hepatitis B-virus. Het ging hoofdzakelijk om vrouwen (59%), waarvan driekwart in de leeftijd van 20-45 jaar. De meeste meldingen kwamen uit de routine screening van zwangeren. Ongeveer 90% van de gemelde gevallen kwamen uit gebieden buiten Nederland, waar hepatitis B veel voorkomt in de bevolking.

##### *Hepatitis C*

In 2002 werden in Den Haag 45 gevallen van hepatitis C gemeld, tegen 55 in 2001. Ongeveer 40% van de gemelde gevallen betrof personen afkomstig uit gebieden in het buitenland, waar hepatitis C veel voorkomt, zoals het Middellandse Zee gebied en het Midden- en Nabije Oosten. Onder de autochtonen en mensen afkomstig uit andere Westerse landen was intraveneus druggebruik nagenoeg steeds de bron van de infectie met het hepatitis C-virus.

##### *Kinkhoest*

In 2002 is het aantal meldingen van kinkhoest in vergelijking met 2001 toegenomen met ongeveer 80% (van 132 naar 237). Deze stijging loopt niet in lijn met de landelijke trend, waar een daling van ongeveer 16% werd geconstateerd ten aanzien van 2001. Dit is mogelijk het gevolg van een vertragingseffect van de landelijke toename van het aantal kinkhoestmeldingen in 2001, die zich pas in 2002 in Den Haag heeft gemanifesteerd. De leeftijdsgroep van 5-9 jaar was het sterkst vertegenwoordigd (40%), maar ook bij ouderen kan deze ziekte nog voorkomen. In 2002 heeft zelfs een man van 90 jaar kinkhoest gekregen! Uit onderzoeken uit de VS blijkt dat

kinkhoest bij ouderen een niet adequaat herkend probleem is. Op oudere leeftijd zijn de symptomen milder en minder typisch voor kinkhoest, waardoor de diagnose minder vaak gesteld wordt.

#### *Malaria*

Er heeft zich in Den Haag een daling voorgedaan in het aantal gemelde malariagevallen (van 48 in 2001 naar 29 in 2002). Deze afname is ook landelijk vastgesteld, en wordt toegeschreven aan het gebruik van een betere profylaxe door reizigers.

#### *Meningokokkose*

In 2002 zijn 12 gevallen van meningokokkose vastgesteld. Dit is een daling ten aanzien van 2001 (19). De gevallen in Den Haag werden vooral veroorzaakt door het type B-meningokok (7 gevallen), 3 gevallen werden veroor-

voorsnog geen vaccin. Het meningokokken C Vaccin beschermt niet tegen de B-meningokok. Daarom blijft het belangrijk om bij verdachte symptomen snel de arts te consulteren, zelfs indien het kind gevaccineerd is met het C-vaccin.

#### *Tuberculose*

In Den Haag is in 2002 145 maal de diagnose tuberculose gesteld. Voor de hele regio was dat 152 keer, tegenover 92 in 2001. Veertien diagnoses betroffen patiënten van buiten Den Haag, die verblijven in het penitentiair ziekenhuis in Scheveningen. Deze gedetineerde tbc-patiënten worden in het algemeen gevonden bij de wekelijks uitgevoerde ingangsscreening van gedetineerden, die in iedere gevangenis in Nederland plaatsvindt. Besmettelijke gedetineerde tuberculosepatiënten wor-

tuberculosepatiënten de benodigde patiëntenzorg uit. Dit kan ondermeer inhouden dat ook een tijdelijke verblijfsstatus, inkomen en onderdak moeten worden geregeld voor de duur van de behandeling.

#### *Voedselinfecties*

Voedselinfecties zijn alleen meldingsplichtig indien meerdere personen door een zelfde voedingsbron ziek zijn geworden of indien de patiënt werkzaam is in voedselbereiding of medische verzorging. In 2002 werden in totaal 205 voedselinfecties gemeld, waarvan 19 aangifteplichtig waren (in 2001 resp. 206 en 12).

#### *Meldingen uit Haagse instellingen*

Op grond van de Infectieziektewet zijn bepaalde instellingen verplicht ongewone aantallen van (vermoedelijke) infectieziekten bij de GGD te melden.

Symptoomcategorie	2001		2002	
	meldingen	gevallen	meldingen	gevallen
Gastro-enteritis (diarree, braken)	11	(394)	12	(330)
Geelzucht	3	(8)	4	(8)
Hersenvliesontsteking	7	(6)	10	(10)
Huidziekten	3	(9)	24	(101)
Invasieve pathogenen	1	(4)	0	0
Luchtweginfecties	3	(13)	14	(42)
Vlekjesziekten	10	(30)	6	(10)
Ander	0	0	2	(2)
Totaal:	38	(464)	72	(503)

De toename in aantallen tussen beide jaren heeft waarschijnlijk te maken met een grotere bereidheid tot melden.

zaakt door type Y, 1 geval door het type W135, en 1 geval door type C. In 2002 is het geconjugerd meningokokken C-vaccin in het rijksvaccinatieprogramma ingevoerd en in een succesvolle inhaal-campagne toegediend aan kinderen tot en met 18 jaar. Het laatste geval van C-meningokok in Den Haag werd in januari gemeld. Tegen de B-meningokok bestaat

den vanuit het hele land overgeplaatst naar het penitentiair ziekenhuis in Scheveningen. De GGD van de woonplaats van de patiënt verzorgt in principe de aangifte. Bij gedetineerden zonder vaste woon- of verblijfplaats doet de GGD aangifte in de plaats waar de diagnose tbc is gesteld. De Haagse tuberculosebestrijding voert bij al deze gedetineerde

Bovenstaande tabel geeft het overzicht van het aantal meldingen en het aantal ziektegevallen in 2001 en 2002.

Met *gastro-enteritis* wordt bedoeld: uitbraken van diarree en braken. Dikwijls gaat het om virale verwekkers (buikgriep), die in korte tijd veel bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ziek kun-

nen maken. Deze doorgaans goedaardige buikgriep komt meestal tijdens de wintermaanden voor en is dikwijls verantwoordelijk voor uitbraken van diarree in verzorgingsinstellingen. De verwekker is bijna altijd het Norovirus (voorheen Norwalk Like Virus genoemd).

Meestal zijn de symptomen beperkt en zijn er geen complicaties of sterfgevallen. Ook in 2002 ging het hoofdzakelijk om uitbraken van gastro-enteritis in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het klinisch beeld was steeds viraal: bacteriologisch onderzoek heeft nooit een bacteriële verwekker aangetoond. In 2 van de 6 uitbraken waarbij virologisch onderzoek is uitgevoerd, is het Norovirus daadwerkelijk aangetoond, 1 maal was er sprake van een Rotavirus, dat ook bekend staat als oorzaak voor diarree in instellingen. In de getroffen instellingen werden tussen 15 en 69 personen ziek, waarvan meestal ook een deel behoorde tot het verzorgend personeel. Persoon-op-persoon overdracht (via handen of via de lucht) lag in al deze gevallen voor de hand, en de preventieve hygiënemaatregelen ter voorkoming van verdere transmissie waren vooral gericht op persoonlijke hygiëne.

Er was in 2002 slechts 1 melding van een voedselinfectie die werd toegeschreven aan restaurantbezoek. De verwekker is niet aangetoond.

Bij *geelzucht* gaat het om hepatitis A in scholen. Deze ziekte wordt bijna altijd in het buitenland opgelopen. Als een kind met hepatitis A wordt aangemeld, neemt de GGD contact op met de school of het kinderdagverblijf. Met hygiënische maatregelen (vooral handhygiëne en desinfecteren van toiletten) wordt getracht verdere verspreiding van de ziekte op school te

beperken. In één geval heeft een leerkracht de ziekte opgelopen op school: de schoolleiding heeft daarop alle leerkrachten vaccinatie aangeboden, die door de GGD is uitgevoerd.

*Hersenvliesontsteking* betreft zowel virale als bacteriële verwekkers. Alle gevallen werden in de eerste helft van 2002 bij de GGD gemeld. Het ging hoofdzakelijk om (vermoede) virale verwekkers of bacteriën van een ander type dan de beruchte meningokok. Vooral scholen (8) en kindercentra (2) hebben de meldingen gedaan. De interventies van de GGD waren hoofdzakelijk gericht op onrustbestrijding door voorlichting van de ouders en schoolleiding. In twee gevallen was er daadwerkelijk sprake van een meningokokkenziekte. Aangezien het geïsoleerde gevallen betrof was ook hier voorlichting van ouders en school toereikend.

Als *huidziekten* werden vooral ringworm en andere schimmelinfecties gemeld, alsook roodvonk en krentebaard. Het betrof hoofdzakelijk scholen en kinderdagverblijven.

Bij *vlekjesziekten* gaat het om kinderziekten zoals de vijfde en zesde ziekte. De instellingen hebben in 2002 4 maal 'rubella (rode hond)' gemeld, maar in alle gevallen bleek het vals alarm te zijn. Tweemaal werd de vijfde ziekte gemeld, waarbij maatregelen zijn genomen ter bescherming van zwangere vrouwen.

#### *Luchtweginfecties*

De belangrijkste luchtweginfectie die voor scholen en kinderdagverblijven aanleiding was om contact op te nemen met de GGD, was kinkhoest. Voorlichting aan ouders was doorgaans voldoende, maar

één keer moest een aantal onvolledig gevaccineerde zuigelingen voortijdig worden gevaccineerd. Drie maal werd 'mazelen' gemeld, maar achteraf bleek dit niet te kunnen worden bevestigd.

In de categorie *ander* tenslotte was er 1 geval van buiktyfus op een school, waarbij het nemen van eenvoudige (toilet)hygiënemaatregelen voldoende was om het reeds geringe risico van verdere transmissie op school te neutraliseren.

#### **Vierde kwartaal 2002, Zuid-Holland West**

Het aantal meldingsplichtige infectieziekten dat in het vierde kwartaal 2002 is gemeld door de GGD Zuid-Holland West bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, bedraagt 141.

#### *Bacillaire dysenterie*

In Zuid-Holland West zijn 7 gevallen gemeld, 5 keer werd de ziekte in het buitenland opgelopen. De twee andere gevallen zijn gerelateerd, de ziekte is mogelijk in een restaurant opgelopen. De Keuringsdienst van Waren is hiervan op de hoogte gebracht en heeft onderzoek verricht.

#### *Hepatitis A*

Er waren in het vierde kwartaal 12 meldingen van hepatitis A. In 10 gevallen was de ziekte opgelopen in het buitenland, of was de besmetting direct daaraan gerelateerd. Op één school is actief geïmmuniseerd omdat daar 2 gevallen binnen een maand plaatsvonden.

#### *Hepatitis B*

Van de 12 meldingen van hepatitis B waren er 11 chronische dragers. Eén maal was er sprake van acute hepatitis B. De dragers komen allen uit hoog endemische gebie-

den. Eén persoon komt uit Nederland.

#### *Hepatitis C*

Er zijn 7 gevallen van hepatitis C aangemeld; allen zijn dragers. De besmetting heeft waarschijnlijk plaatsgevonden in het buitenland, éénmaal via intraveneus druggebruik.

#### *Kinkhoest*

In het vierde kwartaal van 2002 zijn er 86 gevallen van kinkhoest aangegeven.

#### *Legionella*

Drie maal was er een melding van Legionellose. Bronopsporing heeft geen bron opgeleverd.

#### *Meningokokkose*

Er is 2 maal meningokokkose gemeld. In het ene geval was het kind gevaccineerd en ging het om een type B-besmetting. Het andere geval betrof type B, n.t.; p1.14.

#### *Voedselinfectie*

Ongeveer 70 personen zijn ziek geworden na een kerstdiner in een restaurant. De klachten waren misselijkheid, braken en diarree en duurden één tot twee dagen. Eén patiënt is opgenomen in het ziekenhuis.

#### *Malaria*

Er waren in het vierde kwartaal van 2002 in Zuid-Holland West 3 meldingen van malaria, in 2 gevallen was de besmetting opgelopen in Afrika, in 1 geval was dat in Azië gebeurd.

#### *E-coli 0157*

Er was 1 melding van besmetting. Deze was opgelopen in Nederland.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

*Mw. P. van Leeuwen*

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

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

## Overzicht aangifte infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		vierde kwartaal 2002			vier voorafgaande kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 4 <sup>e</sup> kw. 2002	GGD-Zuid-Holl. West 4 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 4 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 4 <sup>e</sup> kw. 2001	Tot. regio Haaglanden 1 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 2 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 3 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 1 <sup>e</sup> t/m 4 <sup>e</sup> kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 1 <sup>e</sup> t/m 4 <sup>e</sup> kw. 2001
B-ziekten	bacillaire dysenterie	8	7	15	24	1	5	10	31	46
	buiktyfus	2		2		2		1	5	6
	cholera									
	hepatitis A	11	12	23	39	7		4	34	70
	hepatitis B*)	50	12	62	27	67	41	67	237	105
	hepatitis C	13	7	20	9	15	15	14	64	60
	kinkhoest	46	86	132	136	113	83	124	452	354
	legionella pneumonie	2	3	5	2	1	2	8	16	5
	mazelen									
	meningokokkose		2	2	7	10	7	1	20	25
	paratyfus A	1		1				2	3	
	paratyfus B				2					2
	tuberculose	26	7	33	15	40	38	41	152	92
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	6	2	8	1	2	6	5	21	20
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157							2	2	1
	leptospirose									
	malaria	3	3	6	20	12	3	15	36	49
	ornithose/psittacose					2	2		4	2
	Q-koorts							1	1	
	rode hond									
<b>totaal</b>	<b>168</b>	<b>141</b>	<b>309</b>	<b>282</b>	<b>272</b>	<b>202</b>	<b>295</b>	<b>1078</b>	<b>837</b>	

\*) inclusief dragers

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Leidschendam, Delft, de Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wieringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

