
Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht

D.P.REINKING, J.R.L.M.WOLF EN H.KROON

Hoewel vooral de laatste jaren regelmatig wordt ge-
wezen op een toename van ernstige, complexe proble-
men bij daklozen, en er tevens wordt gesproken van een
toename van psychische stoornissen in deze populatie,
zijn onderzoeksgegevens hierover uiterst schaars. De
schaarste aan betrouwbare en generaliseerbare ge-
gevens – zo concludeerde de Gezondheidsraad in 1995¹ –
hangt samen met (a) gebruik van uiteenlopende defini-
ties over dakloosheid en verschillen in steekproeftrek-
king, (b) gebrek aan gestandaardiseerde en bij de dak-
lozenpopulatie getoetste instrumenten, (c) gebrek aan
methodologische kennis, menskracht en financiële mid-
delen om epidemiologisch onderzoek naar het vóór-
komen van psychische stoornissen en verslavingsproble-
men bij daklozen te doen. Ondanks het pleidooi van de
Gezondheidsraad voor epidemiologisch, bij voorkeur
longitudinaal onderzoek onder daklozen, zijn er sinds
1995 weinig resultaten beschikbaar gekomen.

Op basis van een overzicht van binnen- en buiten-
landse onderzoeken schatten Schene en Jonkers dat
15-30% van de dak- en thuisloze populatie lijdt aan ern-
stige psychische stoornissen, 25-50% kampt met lichtere
vormen van psychische problemen en een aanzienlijk
deel (ook) lijdt aan een verslavingsstoornis (naar schat-
ting heeft 25% een alcohol- en 20% een drugspro-
bleem).² Psychopathologische afwijkingen zouden onder
dak- en thuislozen 2-3 maal zo veel voorkomen als
onder de gewone bevolking.²

Wij onderzochten bij de daklozenpopulatie in de stad
Utrecht de prevalentie van psychische stoornissen en ge-
bruikten daarbij screeningsinstrumenten die elders met
succes zijn toegepast bij daklozen of bij mensen met
complexe psychische stoornissen of verslavingsproble-
men. Aan de hand van vergelijkend onderzoek bepaal-
den wij optimale drempelwaarden voor de aanwezigheid
van stoornissen ten opzichte van uitgebreide diagnos-
tische interviews die als gouden standaard gelden. Bo-
vendien pasten wij bij de steekproeftrekking strategieën
toe die eerder door gerenommeerde onderzoekers en in
grootschalige epidemiologische onderzoeken bij daklo-
zen zijn gebruikt.³

POPULATIE EN METHODE

De gebruikte methoden zijn elders uitgebreid beschre-
ven.⁴

Trimbos-instituut, Da Costakade 45, 3500 AS Utrecht.
Drs.D.P.Reinking en dr.H.Kroon, psychologen; mw.dr.J.R.L.M.Wolf,
andragoloog.
Correspondentieadres: drs.D.P.Reinking.

Zie ook het artikel op bl. 1156.

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen van de prevalentie van psychische stoornis-
sen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht.

Opzet. Descriptief dwarsdoorsnedeonderzoek.

Methode. In 1998 werden door het Trimbos-instituut in de
stad Utrecht, via een steekproef bij 6 voorzieningen in het dak-
lozenopvangcircuit, 150 interviews met volwassen daklozen ge-
houden. Voor het vaststellen van de prevalentie van een de-
pressieve episode, schizofrenie en andere niet-affectieve psy-
chotische stoornissen, een antisociale persoonlijkheidsstoornis,
en alcohol- en drugsafhankelijkheid en -misbruik werden de
volgende screeningsinstrumenten gebruikt: de depressiescreener
van Schrijvers et al., de schizofreniesectie van het 'Compo-
site international diagnostic interview' (CIDI), een aangepas-
te, aan de DSM-III-R gerelateerde vragenlijst van Schrijvers
over agressief gedrag, en de 'Addiction severity index', Euro-
pese variant, versie III. Aan de hand van vergelijkend onder-
zoek werden optimale drempelwaarden voor de aanwezigheid
van genoemde stoornissen bepaald ten opzichte van uitgebreide
diagnostische interviews die als gouden standaard golden.

Resultaten. In de onderzochte daklozenpopulatie ($n = 150$
(respons: 68%); 138 mannen; 12 vrouwen) bestond bij 32% een
depressie in engere zin, bij 15% een schizofrene stoornis
(DSM-III-R-codes 295.00-295.70), en bij 52% een antisociale
persoonlijkheidsstoornis. Het ging bij depressie en schizofrenie
om 6-maandsprevalenties, bij antisociale persoonlijkheids-
stoornis om de levensprevalentie. De levensprevalentie van al-
coholafhankelijkheid of -misbruik was in de onderzochte po-
pulatie ($n = 131$) 59%; de maandprevalentie 22%. De levens-
prevalentie van drugsafhankelijkheid of -misbruik werd vast-
gesteld op 76%; de maandprevalentie op 54%. De prevalenties
waren in vergelijking met internationale cijfers hoog. Bij 27%
van de daklozen werd een zogenoemde dubbele diagnose ge-
constateerd.

Conclusie. Daklozen in de stad Utrecht verkeerden in een
slechte geestelijke gezondheid.

Populatie. De totale omvang van de volwassen dak-
lozenpopulatie in de stad Utrecht werd in een door ons
uitgevoerd deelonderzoek met behulp van de vangst-
hervangstmethode geschat op 800 op maandbasis.⁴ In dit
onderzoek werd iemand 'dakloos' genoemd wanneer hij
of zij in de afgelopen maand buiten, in openbare ruim-
ten of in de nachtopvang had geslapen, of gebruik had
gemaakt van de dagopvang voor daklozen.

Steekproeftrekking. Bij de steekproeftrekking werd
de dag- en nachtopvang voor dak- en thuislozen in de
stad Utrecht (met ongeveer 230.000 inwoners per 1 ja-
nuari 1997) als uitgangspunt genomen. Er waren 3 voor-

zieningen voor dag- en 3 voor nachtopvang. Het beoogde aantal af te nemen interviews (75 bij de nacht- en 75 bij de dagopvang) bij elk van deze voorzieningen werd bepaald op basis van gegevens over capaciteit en bezetting, en daarna gecorrigeerd op grond van aanwijzingen voor 25% overlap in gebruik door daklozen van dag- en nachtopvang. De respondenten werden op locatie at random geselecteerd door elke 3e, 4e of 5e bezoeker te benaderen (afhankelijk van de bezoekersaantallen). Zij ontvingen een financiële vergoeding, zoals gebruikelijk in daklozenonderzoek, van f 25,-. Controlemechanismen werden ingebouwd om dubbel interviewen te voorkomen.

Interviews. In de periode 23 februari 1998-10 april 1998 werden 150 interviews afgenomen. De 7 interviewers volgden een driedaagse, deels externe, training in het gebruik van met name de screeningsinstrumenten.

Screeningsinstrumenten. In dit onderzoek maakten wij gebruik van screeningsinstrumenten voor psychische stoornissen en verslavingsproblemen die elders met succes zijn afgenomen bij daklozen of mensen met complexe psychische stoornissen of verslavingsproblemen. Eerder beschreven wij de motivatie van onze keuze voor de screeningsinstrumenten, de instrumenten zelf, een vergelijking ervan met een gouden standaard in andere populaties en de definiëring van de drempelwaarden.⁴ Hier volstaan wij met een beknopte opsomming.

– De 6-maandsprevalentie van ernstige vormen van depressie werd vastgesteld aan de hand van een door Schrijvers et al.⁵ ontwikkeld screeningsinstrument. Dit is gebaseerd op het 'Composite international diagnostic interview' (CIDI) en bevat vragen over depressieve stemming, verminderde interesse, gevoelens van waardeloosheid of schuld, en terugkerende gedachten aan de dood (enkele van de criteriasymptomen voor een depressieve episode in de DSM-III-R).

– De aanwezigheid van psychosen werd vastgesteld via een selectie uit de schizofreniesectie van het CIDI (versie 1.1). Wij kozen CIDI-items die in het NEMESIS-onderzoek, waarin met het CIDI psychische problemen onder de Nederlandse bevolking werden geïnventariseerd,⁶ tezamen alle vastgestelde psychosen konden opsporen. Als de CIDI-uitslag wees op psychotische symptomen werden overeenkomstig het NEMESIS-onderzoek aanvullende vragen gesteld uit het 'Structured clinical interview for DSM-III-R' (SCID-R), omdat bij daklozen, die vaak gebeurtenissen zoals achtervolging en bedreiging meemaken, gemakkelijk fout-positieve uitslagen ten aanzien van psychose kunnen ontstaan. De gegevens maakten het mogelijk stoornissen van het schizofrene spectrum (schizofrenie, schizofreniforme en schizoaffectieve stoornis) te bepalen, zoals in vergelijkbare onderzoeken is gedaan.⁷⁻⁹

– Voor de bepaling van antisociale persoonlijkheidsstoornis werd een aan de DSM-III-R gerelateerde vragenlijst van Schrijvers et al. gehanteerd, die met name agressief gedrag als focus heeft.⁵ Twee items over 'oneerlijkheid' en 'veroordelingen' werden daaraan toegevoegd.

– De module over alcohol- en drugsgebruik van de 'Addiction severity index' (ASI), de Europese variant, versie III, werd gehanteerd om het middelengebruik in kaart te brengen.¹⁰ De gegevens werden door ons vertaald in DSM-III-R-diagnosen 'alcohol- of drugsafhankelijkheid' of 'alcohol- of drugsmisbruik' met gebruikmaking van eerdere onderzoeksresultaten.^{11 12}

RESULTATEN

De totale omvang van de volwassen daklozenpopulatie in de stad Utrecht werd door ons, zoals gezegd, geschat op 800 op maandbasis.⁴ Met de 150 interviews in dit onderzoek werd derhalve bijna 20% van de totale populatie geïnterviewd.

Non-respons. Om de steekproef van 150 interviews te kunnen afnemen, werd op geselecteerde vindplaatsen van daklozen uiteindelijk aan 290 personen gevraagd deel te nemen. Redenen om na een benadering geen interview toe te staan waren: geen zin/geen tijd (n = 67; 50 mannen, 13 vrouwen, 4 geslacht niet genoteerd), geen dakloosheid (n = 17), eerdere deelname aan interview (n = 51) en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (n = 5). De totale respons was 68% (150/222).

Steekproef en demografische gegevens. De interviews vonden plaats met 138 mannen en 12 vrouwen en werden op locatie afgenomen; ze namen gemiddeld 80 min in beslag. De gemiddelde leeftijd was 38 jaar (SD: 10,4), 30-45-jarigen waren met 82 (55%) oververtegenwoordigd. Driekwart van de daklozen had de Nederlandse nationaliteit. Etnische groeperingen (Marokkanen, Surinamers en Antillianen) waren oververtegenwoordigd in vergelijking met de Utrechtse bevolking van 18 jaar en ouder. De Utrechtse daklozen waren vrijwel uitsluitend alleenstaand (6 (4%) waren gehuwd, 51 (34%) waren gescheiden) en hadden de laatste 3 jaar overwegend alleen geleefd. Het opleidingsniveau was laag en men had geen regulier betaald werk. De dakloosheid had overwegend een chronisch karakter; driekwart van de personen was tijdens het leven langer dan 1 jaar dakloos geweest. De gemiddelde duur van de dakloosheid was bijna 6 jaar (SD: 6,4). Er was een groot percentage buitenslapers: 94 (68%; n = 139) hadden de afgelopen maand tenminste 1 nacht buiten geslapen; 58 (42%; n = 139) hadden voornamelijk buiten geslapen. Buitenslapen kwam vooral voor bij daklozen die harddrugs gebruikten en bij hen die de maand voorafgaand aan het interview niet elke nacht in Utrecht geslapen hadden.

Prevalentie van depressie, schizofrenie en aanverwante stoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. De 6-maandsprevalenties werden vastgesteld van depressie, schizofrenie en aanverwante stoornissen. Bij 44 (32%) van de onderzochten (n = 138 mannen) was er depressie in engere zin (95%-BI: 0,24-0,40), bij 21 (15%) een schizofrene stoornis (95%-BI: 0,9-0,21); het betrof schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen (DSM-III-R-codes 295.00-295.70). Voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis werd een levensprevalentie ('life-time'-prevalentie) bepaald (dat is de prevalentie ooit tot het moment van het interview). Een antisociale

TABEL 1. Prevalentie van depressie of schizofrene stoornissen bij dakloze mannen in Utrecht (dit onderzoek) en bij Nederlandse mannen⁶

stoornis	Utrecht; n (%) (n = 138) over 6 maanden	mannen in Nederland; %* over 12 maanden	
		over 12 maanden	over 1 maand
depressie in engere zin	44 (32)	4,1	1,9
schizofrene stoornis†	21 (15)	0,2	0,1
antisociale persoonlijkheidsstoornis‡	71 (52)	–	–

*Gewogen percentages op grond van een totale steekproef van 7076 personen, onder wie 47% mannen, met als diagnostisch instrument de 'Composite international diagnostic interview' (CIDI).
†Schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen (DSM-III-R-codes 295.00-295.70).
‡Levensprevalentie; aangepast voor onderzoek onder daklozen volgens Koegel et al.⁷

persoonlijkheidsstoornis werd bij 78 (52%; 95%-BI: 0,43-0,61) van de daklozen vastgesteld. Items die bij deze respondenten met name hoog scoorden, waren veel en vaak liegen in de kindertijd (veelal uit zelfbescherming) én in de volwassenheid, het als volwassene regelmatig verwickeld raken in een gevecht met derden (uitgezonderd partner/kinderen) waarin het tot het uitdelen van rake klappen kwam, en een veroordeling wegens een misdrijf.

In tabel 1 en 2 zijn de prevalenties van psychische stoornissen (n = 138 mannen) afgezet tegen bevindingen uit Nederlands bevolkingsonderzoek – alleen de mannelijke bevolking omdat de daklozenpopulatie nagevoeg uitsluitend uit mannen bestaat – en tegen bevindingen van internationale onderzoeken onder daklozen (met een controleerbare, vergelijkbare wijze van steekproeftrekking en gebruik van het CIDI).

Ten opzichte van de Nederlandse mannelijke bevolking was de prevalentie van depressie en vooral van schizofrene stoornissen onder daklozen hoog. Ook ten opzichte van internationaal daklozenonderzoek vielen de 6-maandsprevalenties van depressie, schizofrene stoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis onder daklozen uit Utrecht hoog uit (zie tabel 2).

TABEL 2. Zesmaandsprevalentie van depressie en schizofrene stoornissen en levensprevalentie van antisociale persoonlijkheidsstoornis bij dakloze mannen in Utrecht (dit onderzoek) en in ander gepubliceerd onderzoek

stoornis	Utrecht; n (%) (n = 138)	Los Angeles; ⁷ %* (n = 328)	St. Louis; ⁸ %† (n = 600)	München; ⁹ %‡ (n = 146)	Madrid; ¹³ %§ (n = 205)
depressie in engere zin	44 (32)	15	13	16	13
schizofrene stoornis	21 (15)	12	5	10	2¶
antisociale persoonlijkheidsstoornis**	71 (52)††	21¶¶	25	4¶¶	–

*Meetinstrument: 'Diagnostic interview schedule' (DIS); wervingslocaties: nacht-/dagopvang, openbare gebouwen.⁷

†Meetinstrument: DIS; wervingslocaties: nacht-/dagopvang, openbare gebouwen, straat.⁸

‡Meetinstrument: DIS; wervingslocaties: nacht-/dagopvang, hotels, straat.⁹

§Meetinstrument: 'Composite international diagnostic interview' (CIDI); wervingslocaties: nacht-/dagopvang, mobiele crisisunit voor buitenslappers.¹³

||Schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen (DSM-III-R-codes 295.00-295.70).

¶12-maandsprevalentie.

**Aangepast voor onderzoek onder daklozen volgens Koegel et al.⁷

††Levensprevalentie.

Prevalentie van alcohol- en drugsafhankelijkheid of -misbruik. De levensprevalentie van alcoholafhankelijkheid of -misbruik was in de onderzochte populatie (n = 131 mannen) 59% (95%-BI: 0,50-0,68); de maandprevalentie 22% (95%-BI: 0,15-0,29). De levensprevalentie van drugsafhankelijkheid of -misbruik was 76% (95%-BI: 0,68-0,84); de maandprevalentie 54% (95%-BI: 0,45-0,63).

In tabel 3 en 4 zijn de prevalenties van de verslavingsproblemen afgezet tegen bevindingen uit Nederlands bevolkingsonderzoek – opnieuw alleen de mannelijke bevolking – respectievelijk tegen bevindingen van internationale onderzoeken onder daklozen. Ook middelenafhankelijkheid of -misbruik kwam bij Utrechtse daklozen veel meer voor dan bij Nederlandse mannen; dit gold met name voor afhankelijkheid of misbruik van drugs. Daarbij tekenen wij aan dat het criterium voor drugsverslaving-in-de-laatste-maand conservatief gekozen was; bij gebruik van een alternatieve drempelwaarde steeg de prevalentie tot 68%.

De prevalentie van middelenafhankelijkheid of -misbruik was ook hoog in vergelijking met internationale daklozenonderzoeken (zie tabel 4). Voor een daklozenpopulatie was het percentage alcoholdiagnosen aan de lage kant. Drugsdagnosen werden echter onder Utrechtse daklozen gemiddeld 5 maal zo vaak gesteld als elders. De prevalentie van enige afhankelijkheid of misbruik van middelen viel hierdoor hoog uit. Alleen een daklozenonderzoek uit München had een vergelijkbaar resultaat. Daar was de prevalentie van diagnose 'actuele alcoholafhankelijkheid of -misbruik' echter zeer hoog.

Combinatie van stoornissen. De hoogste percentages antisociale persoonlijkheidsstoornis werden gevonden bij respondenten met een schizofrene stoornis (12/20; 60%) of een depressie (14/24; 60%). Van de daklozen met een actuele diagnose 'drugsafhankelijkheid of -misbruik' had 34% (23/68) een antisociale persoonlijkheidsstoornis, bij degenen met een actuele diagnose van alcoholafhankelijkheid of -misbruik was dat 47% (13/28). Er was geen significant verband tussen de genoemde psychische stoornissen, alcoholafhankelijkheid of -misbruik en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Wel werd een significant verband gevonden tussen

TABEL 3. Prevalentie van middelenafhankelijkheid of -misbruik bij dakloze mannen in Utrecht (dit onderzoek) en bij Nederlandse mannen⁶

DSM-III-R-diagnose	Utrecht; n (%) (n = 131)		Nederlandse mannen; %*	
	ooit†	laatste maand‡	ooit	laatste maand
alcoholafhankelijkheid of -misbruik	77 (59)	29 (22)	28	9
drugsafhankelijkheid of -misbruik	100 (76)	70 (54)	4	1
afhankelijkheid of misbruik van drugs of van alcohol	115 (88)	84 (64)	30	9

*Gewogen percentages op grond van een totale steekproef van 7076 personen, onder wie 46,7% mannen.

†Vertaling van de Europese adaptatie van de 'Addiction severity index' (EuropASI) in DSM-diagnosen volgens Svikis et al.¹¹

‡Vertaling van de EuropASI in DSM-diagnosen volgens Lehman et al.¹²

antisociale persoonlijkheidsstoornis en de diagnose 'drugsafhankelijkheid of -misbruik' ($\chi^2 = 9,01$; $df = 1$; $p = 0,003$).

Bij 27% (34/126; 95%-BI: 0,19-0,35) van de geïnterviewde daklozenpopulatie werd een zogenoemde dubbele diagnose geconstateerd, die in dit onderzoek werd geoperationaliseerd als een actuele diagnose van middelengebruik of -afhankelijkheid (64%) in combinatie met een depressie (23%) of een schizofrene stoornis (6%). In andere Nederlandse onderzoeken, waarin geen gebruik werd gemaakt van gestandaardiseerde instrumenten, varieerden de percentages dak- en thuislozen met een dubbele diagnose van 25 tot 30.^{15 16}

BESCHOUWING

De totale omvang van de volwassen daklozenpopulatie in de stad Utrecht werd in een door ons uitgevoerd deelonderzoek met behulp van de vangst-hervangstmethode geschat op 800 op maandbasis.⁴ In dit onderzoek werd derhalve bijna 20% van de totale populatie geïnterviewd. De respons was 68%, dat is redelijk goed en ver-

gelijkbaar met die in het Nederlandse bevolkingsonderzoek NEMESIS (64%),⁶ maar lager dan in buitenlandse daklozenonderzoeken waarin responspercentages van 80-90 gebruikelijk zijn.^{6-8 13}

Over de representativiteit van de door ons geïnterviewde daklozengroep zijn geen precieze uitspraken mogelijk, omdat er immers geen gegevens beschikbaar waren over de totale daklozenpopulatie in Utrecht. Wij vermoeden dat de onderzochte steekproef een lichte ondervertegenwoordiging van vrouwen had, terwijl daklozen die de opvang mijden er niet in waren vertegenwoordigd. Hiermee werd waarschijnlijk een klein deel van de totale daklozenpopulatie gemist. Overigens blijkt uit onderzoek in de Verenigde Staten dat de mijders van opvang niet wezenlijk verschillen van daklozen die hier wel gebruik van maken.^{17 18} Gedegen onderzoek hiernaar in Nederland ontbreekt.

Het onlangs uitgegeven rapport 'Monitor maatschappelijke opvang' vermeldt dat het op basis van beschikbare cijfers thans onmogelijk is om een betrouwbare schatting te geven van de prevalentie van psychische stoornissen en middelenafhankelijkheid en -misbruik bij dak- en thuislozen in Nederland.¹⁹ In de in Nederland uitgevoerde onderzoeken is er conceptuele onduidelijkheid over wat onder psychische stoornissen en middelenafhankelijkheid moet worden verstaan (verschillende begrippen en operationalisaties), verwarring over de doelgroep (verschillende aanduidingen en definities), nauwelijks te controleren wijzen van steekproeftrekking en het niet gebruiken van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten (gebruik van eigen formulieren). Deze stand van zaken deed ons afzien van een vergelijking van de resultaten van ons onderzoek met die van ander in Nederland uitgevoerd onderzoek onder daklozenpopulaties. Een vergelijking met de resultaten van Schene en Jonkers uit 1993 was evenmin opportuun.² Zij baseerden hun schattingen op aannamen en met name op cijfers uit buitenlandse onderzoeken. Destijds waren er evenmin betrouwbare prevalentieschattingen uit Nederlands onderzoek onder daklozen beschikbaar.

Uit ons onderzoek bleek dat het met beperkte middelen mogelijk is om over moeilijke onderwerpen ge-

TABEL 4. De prevalentie van middelenafhankelijkheid of -misbruik bij dakloze mannen (diagnosen gebaseerd op of ontleend aan de DSM-classificatie) in Utrecht (dit onderzoek) en in ander gepubliceerd onderzoek

gebruik	Utrecht; n (%) (n = 131)	Los Angeles; ⁷ % (n = 328)	St. Louis; ⁸ % (n = 600)	München; ⁹ % (n = 146)	Madrid; ¹³ % (n = 205)	Melbourne; ¹⁴ % (n = 382)
<i>tijdens het leven</i>						
middelenafhankelijkheid						
of -misbruik	115 (88)*	69	75	92	56	50
alcohol	77 (59)*	63	63	91	48	46
drugs	100 (76)*	31	38	18	17	20
<i>actueel</i>						
middelenafhankelijkheid						
of -misbruik	84 (64)†	31	56	42	74	38
alcohol	29 (22)†	27	47	37	71	32
drugs	70 (54)†	10	14	8	10	9

*Vertaling van de Europese adaptatie van de 'Addiction severity index' (EuropASI) in DSM-diagnosen volgens Svikis et al.¹¹

†Vertaling van de EuropASI in DSM-diagnosen volgens Lehman et al.¹²

vens van acceptabele kwaliteit te verzamelen (heldere operationalisaties, geteste screeningsinstrumenten, getrainde interviewers, vastgestelde drempelwaarden in relatie tot gouden standaard, controleerbare steekproeftrekking) bij daklozen die in principe een gelijke kans op selectie voor een interview hebben. De screeningsinstrumenten waren voor respondenten zeker niet te belastend. Wij hebben het CIDI niet naast de screeningsinstrumenten afgenomen. Ook al zijn er in eerder onderzoek met kwetsbare populaties ervaringen met de screeningsinstrumenten opgedaan, wij kunnen voor onze onderzoekspopulatie daarom niet exact aangeven wat de sensitiviteit en de specificiteit ten opzichte van het CIDI zijn.

De in dit onderzoek vastgestelde prevalenties van psychische problemen en verslaving waren, ook in vergelijking met internationale onderzoeken, uitzonderlijk hoog, hoewel wij in de bepaling van de prevalentie tamelijk conservatief waren. Bovendien kan zelfrapportage gemakkelijk leiden tot onderrapportage van stoornissen, omdat respondenten kunnen neigen naar ontkenning of bagatellisering van problemen.⁷ Echter, er is in het algemeen bij deze populatie een verhoogde kans op fout-positieven omdat men specifieke kenmerken van het handelingsrepertoire van daklozen al gauw interpreteert als symptomen van psychische stoornissen. Door onze behoudende strategie in de keuzen van drempelwaarden probeerden wij deze kans te minimaliseren.

Een verklaring voor de gevonden hoge prevalenties is wellicht dat dakloosheid in Utrecht meer een chronische conditie is dan in veel van de onderzochte populaties in de Verenigde Staten.²⁰ In één van de onderzoeken vond men een duidelijke samenhang tussen een lange duur van dakloosheid en het aantal symptomen van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, de beginleeftijd van drugsafhankelijkheid of -misbruik, het aantal en de aanwezigheid van symptomen van schizofrenie en antisociale persoonlijkheidsstoornis en de leeftijd van eerste manifestatie van een depressieve stoornis.⁸

Een verklaring voor de hoge prevalentie van drugsproblemen is niet direct voorhanden. Er wordt wel gewezen op een veranderende samenstelling van de daklozenpopulatie in Nederland,²¹ maar betrouwbare informatie over de aard van die veranderingen is niet voorhanden. Om de hoge prevalentie van drugsproblemen te kunnen interpreteren, is onder meer inzicht nodig in de opvang van drugsverslaafden in de andere grote steden in Nederland. Bekend is immers het zogenoemde 'waterbedeffect'; als bijvoorbeeld in Amsterdam of Rotterdam gemeentelijke 'schoonveegacties' worden gehouden om de overlast door drugsgebruikers te reduceren, zijn de effecten ervan, in de vorm van een toename van harddrugsgebruikers, in Utrecht merkbaar. Wij konden niet achterhalen of dit effect zich ook heeft voorgedaan tijdens de uitvoering van ons onderzoek.

In 1995 wees de Gezondheidsraad op een toename van psychische problemen onder daklozen. Met ons inventariserend prevalentieonderzoek konden wij geen

trends vaststellen. Wel ondersteunen de onderzoeksresultaten signalen uit de praktijk over het grote beroep van daklozen met psychische stoornissen en verslavingsproblemen op de maatschappelijke opvang. Niet zelden veronderstelt men bij de waargenomen ernstige psychische stoornissen en verslavingsproblemen een relatie met het proces van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Onze onderzoeksresultaten wijzen erop dat de werkelijkheid vermoedelijk complexer is. Bezien wij de oorzaken van de episode van dakloosheid ten tijde van ons onderzoek, volgens de daklozen zelf – meerdere antwoorden waren mogelijk – dan scoorde huisuitzetting het hoogst (53/139; 38%), gevolgd door financiële problemen (31/139; 22%), problemen met partner (28/139; 20%), en problemen met medebewoners, burens en huisbaas (28/139; 20%). Opvallend veel daklozen noemden overigens ook ontslag uit een gecontroleerde omgeving als het begin van hun huidige episode van dakloosheid (25/139; 18%). Daarbij konden wij geen onderscheid maken tussen een ontslag uit kliniek, woonvorm of gevangenis. Onderzoek in Nederland naar de oorzaken van dakloosheid, en de levensloop van maatschappelijk gemarginaliseerde mensen is nodig om de relatie met veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren, zoals de woningmarkt, vast te kunnen stellen.

CONCLUSIE

Daklozen in Utrecht verkeren volgens de resultaten van ons onderzoek in een slechte geestelijke gezondheid. Die toestand gaat, zeker als alcohol- en drugsproblemen in het geding zijn, gepaard met nogal wat lichamelijke problemen.^{4, 20} De kwetsbaarheid van deze mensen is groot, ook in vergelijking met gezonde daklozen. Gespecialiseerde hulpverlening is dan ook nodig. Verontrustend is dat slechts een minderheid van de daklozen in dit onderzoek met schizofrenie, depressie of antisociale persoonlijkheidsstoornis de voorgaande 6 maanden contact met de GGZ had gehad, en zij bovendien zelf geen hulpbehoefte uitten.⁴ Een gemakkelijke ingang voor gespecialiseerde hulpverlening is er dus niet. Die ingang ligt vermoedelijk meer op het gebied van met name huisvesting, maar ook op dat van arbeid, inkomen, justitie en relaties met vrienden en familie. Een sectoroverstijgend zorgaanbod is nodig, waarbij men een intensieve actieve aanpak en praktische hulpverlening combineert met gespecialiseerde zorg.

ABSTRACT

High prevalence of psychiatric disorders and addiction problems amongst homeless people in the city of Utrecht

Objective. To determine the prevalence of psychological disorders and addiction problems amongst homeless people in Utrecht, the Netherlands.

Design. Descriptive cross-sectional study.

Method. In 1998, the Trimbos Institute in Utrecht held 150 interviews with adult homeless people by means of a random sample taken from six centres for the homeless. The following screening instruments were used to determine the prevalence of a depressive episode, schizophrenia and other non-affective

psychotic disorders, an antisocial personality disorder and an alcohol or drugs dependency/abuse problem: the depression screener from Schrijvers et al., the schizophrenia section from the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) a modified questionnaire from Schrijvers, related to the DSM-III-R, about aggressive behaviour and the Addiction severity index, European variant, version III. By means of comparative research, optimum threshold values for the presence of the aforementioned disorders were determined with respect to extensive diagnostic interviews that were taken to be the gold standard.

Results. In the homeless population studied (n = 150 (response: 68%); 138 men and 12 women) 32% had a more narrowly defined form of depression, 15% a schizophrenic disorder (DSM-III-R-codes 295.00-295.70) and 52% an antisocial personality disorder. In the case of depression and schizophrenia it concerned a 6-month prevalence and in the case of antisocial personality disorders it concerned the lifetime prevalence. The lifetime prevalence of alcohol dependence or abuse was 59% in the population studied (n = 131) and the monthly prevalence was 22%. The lifetime prevalence of drug dependence or misuse was established to be 76% and the monthly prevalence 54%. The prevalences were high in comparison with international figures. A so-called double diagnosis was identified for 27% of the homeless population.

Conclusion. Homeless people in Utrecht suffer from a poor mental health.

LITERATUUR

- 1 Gezondheidsraad. Daklozen en thuislozen. Den Haag: Gezondheidsraad; 1995.
- 2 Schene AH, Jonkers FJF. Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In: Wennink J, Weeghel J van, redacteurs. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid; 1993. p. 99-134.
- 3 Burnam MA, Koegel P. Methodology for obtaining a representative sample of homeless persons. The Los Angeles Skid Row Study. Evaluation Review 1988;12:117-52.
- 4 Reinking D, Kroon H, Smit F. Opgevangen in Utrecht. Dakloosheid en zelfverwaarlozing in de regio Midden Westelijk Utrecht. Utrecht: Trimbo-instituut; 1998.
- 5 Schrijvers CTM, Abbenhuis GM, Goor CAM, Garretsen HFL. De prevalentie van complexe verslavingsproblematiek: resultaten van een onderzoek onder druggebruikers in Rotterdam en Groningen. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek; 1997.
- 6 Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2453-60.
- 7 Koegel P, Burnam MA, Farr RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1085-92.
- 8 Smith EM, North CS, Spitznagel EL. A systematic study of mental illness, substance abuse, and treatment in 600 homeless men. Ann Clin Psychiatry 1992;4:111-9.
- 9 Fichter MM, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU, et al. Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1996;246:185-96.
- 10 Kokkevi A, Hartgers C, Blanken P, Fahrner EM, Pozzi G, Tepesta E, et al. EuropASI 1994 [Europese versie van de Addiction Severity Index. 5th ed.; Nederlandse vertaling door Hartgers C, Hendriks V, Meer CW van der, Blanken P]. Amsterdam: Amsterdams Instituut voor Verslavings Onderzoek; 1994.
- 11 Svikis DS, McCaul ME, Haug NA, Boney TY. Detecting alcohol problems in drug-dependent women of childbearing age. Am J Drug Alcohol Abuse 1996;22:563-75.
- 12 Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. J Nerv Ment Dis 1996;184:228-33.

- 13 Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. Acta Psychiatr Scand 1997;95:523-30.
- 14 Herrman H, McGorry P, Bennett P, Riel R van, Singh B. Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. Am J Psychiatry 1989;146:1179-84.
- 15 Doorn L van. Wegwijs: een etnografische studie naar dak- en thuislozen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 1994.
- 16 Korf D, Deben L, Diemel S, Rensen P, Ripper H. Een sleutel voor de toekomst. Tel- en consumentenonderzoek onder daklozen in Amsterdam. Amsterdam: Thela Thesis; 1999.
- 17 Koegel P, Burnam MA, Morton S. Enumerating homeless people. Alternative strategies and their consequences. Evaluation Review 1996;20:378-403.
- 18 North CS, Smith EM, Spitznagel EL. Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? Am J Psychiatry 1993;150:578-83.
- 19 Wolf J, Elling A, Graaf I de. Monitor maatschappelijke opvang. Deelmonitoren vraag, aanbod en gemeentelijk beleid. Utrecht: Trimbo-instituut; 2000.
- 20 Muñoz M, Vázquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:514-20.
- 21 Wennink HJ, Weeghel J van. Probleemverkenning. In: Wennink J, Weeghel J van, redacteurs. Thuisloosheid en psychische stoornissen. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid; 1993. p. 1-22.

Aanvaard op 14 maart 2001

Bladvulling

Beroepsbelangen

De *Aerztereivensbund*, die sedert jaren een anderen weg gevolgd heeft, nl. het houden van vergaderingen tot onderlinge voorlichting tot het uiten van wensen en het bevorderen van propaganda voor de beroepsbelangen heeft het ontoereikende van dit optreden ingezien en op den laatsten Aertzetag besloten, met het 'Leipzigser Verband' samen te werken door een afgevaardigde te benoemen om deel te nemen aan het beheer der ondersteuningskas, maar verder om een *vakvereniging* te vormen met een *arbeidssecretaris*, die, te Berlijn gevestigd, met een schadeloosstelling van 8000 Mk. en een onkostenkas van 10.000 Mk. jaarlijks, tot taak zal hebben: 1°. de zedelijke en maatschappelijke belangen van den geneeskundigen stand krachtig in het openbaar te verdedigen; 2°. het verenigingsblad te redigeren en als secretaris van het hoofdbestuur op te treden; 3°. adviezen te geven op maatschappelijk-geneeskundig gebied, betrekkingen aan te knopen met publiekrechtelijke lichamen en de pers en de vorming van verenigingen te bevorderen; 4°. te streven naar verbetering van den stoffelijken toestand der geneeskundigen, de kwakzalverij te bestrijden, de vrije artskenkeuze te bevorderen evenals verhooging der ziekenfonds-honoraria; 5°. toezicht te houden op overeenkomsten tusschen geneeskundigen en publiek- of privaatrechtelijke lichamen; 6°. betrekkingen in binnen- en buitenland voor Duitsche artsen bereikbaar te maken.

Geen geringe taak, die misschien weldra een corps secretarissen noodzakelijk zal maken!

Maar het gist en kookt in de brouwketel. Moge een levenselixer er uit voortkomen!

(Wetenschappelijke Mededeelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1901;45II:276-7.)