



# *epidemiologisch bulletin*

***tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag***

***inhoud***

***volksgezondheid***

*Illegalen en gezondheidszorg in Den Haag  
Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen  
Communicatie tussen huisartsen en migranten*

***epidemiologie***

*Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Den Haag  
Over vervuiling en (zelf)verwaarlozing*

***korte berichten***

***jaargang 32, 1997  
nummer 4***

# Colofon

December 1997  
32ste jaargang nr. 4

## Redactie

mw. I. Burger, *GGD Den Haag*  
R.H. Jamin, *huisarts in Den Haag*  
mw. drs. C.J. Kruijthof, *Westeinde Ziekenhuis*  
mw. F.L. van Leeuwen, *arts,*  
*Stichting Thuiszorg Den Haag*  
mr. H.R. Lingen, *GGD Den Haag*  
mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*  
B.J.C. Middelkoop, *arts, GGD Den Haag*  
dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),  
*GGD Den Haag*  
drs. E. Pieters, *Riagg Noordhage*  
prof.dr. W.J. Schudel, *GGD Den Haag*  
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),  
*GGD Den Haag*  
m.m.v. drs. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en drs. A. Pols

## Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn  
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360  
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96  
fax.: 070 - 353 72 92  
email: cwburgi@ocw1.denhaag.nl

## Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

## Druk

Multimedia Den Haag

## Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

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

## Inhoud

---

### Volksgezondheid

- Illegalen en gezondheidszorg in Den Haag  
*Mw. T.G.M. van der Maat* 1
- Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen:  
over het bestaansrecht van een bijzondere  
grootstedelijke voorziening  
*Mw. T.G.M. van der Maat, P.T.L.A. Falke en  
J.W. van Doorn* 5
- De communicatie tussen huisartsen en migranten:  
De groepsgewijze dialoog als methode  
*Mw. R. van Erp en Mw. S. Kraetzer* 10

### Epidemiologie

- Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker  
in Den Haag:  
Bespreking van feiten en ontwikkelingen in 1996  
*A. Bongers en Mw. L.J. van der Hoek* 15
- Over vervuiling en (zelf)verwaarlozing  
Hygiënische probleemsituaties in Den Haag 1993-1996  
*J. de Bruin, Mw. M. Bakker-van der Knaap  
en W.J. Schudel* 22

### Korte berichten

28

# Illegalen en gezondheidszorg in Den Haag

Mw. T.G.M. van der Maat

**De zogenoemde 'Koppelingswet' wordt naar alle waarschijnlijkheid volgend jaar van kracht, hetgeen in kringen van hulpverleners de vrees oproept dat onverzekerde illegalen wegens de kosten geen medische hulp meer durven zoeken. Vandaar dat Haagse zorgverleners zich hebben georganiseerd om de zorg aan onverzekerde illegalen veilig te stellen en toegankelijker te maken. Daarbij kan het landelijke 'Illegalenfonds' een belangrijke steun worden.**

Medio 1995 werd er in de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend genaamd 'Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten' (1). Dit wetsvoorstel had (onder meer) tot doel illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen ('illegalen') volledig uit te sluiten van verstrekkingen op basis van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Vanwege de gemaakte koppeling tussen de rechtmatigheid van verblijf en verzekering is dit wetsvoorstel in de volksmond verder gaan leven onder de naam 'Koppelingswet'.

Deze wet is op 5 november 1996 door de Tweede Kamer aangenomen en zal - na behandeling door de Eerste Kamer - naar verwachting niet voor 1 april 1998 van kracht worden.

Bij nogal wat hulpverleners in de gezondheidszorg groeide de bezorgdheid over mogelijke consequenties van deze wet. Invoering van de Koppelingswet zou namelijk nogal wat ongewenste gevolgen kunnen hebben voor de eerstelijnsgezondheidszorg en via de AWBZ gefinancierde zorg (2)(3)(4)(5). Allereerst ligt het voor de hand dat het aantal *onverzekerde* illegalen door deze wet zal toenemen. Bovendien zou een groot deel van deze illegalen niet in staat zijn - zo heeft de praktijk jarenlang uitgewezen - zèlf de kosten van noodzakelijke zorg op te brengen. Onverzekerde illegalen zullen daarom wellicht vanwege gebrek aan geld géén gebruik van deze zorg meer durven maken - met alle gevolgen van dien. Indien

---

*Over de auteur:*

Mw. T.G.M. van der Maat, projectleider van de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum (STIOM).

ze wel van deze zorg gebruik maken, komen de kosten hiervan direct op het bordje te liggen van de geconsulteerde huisartsen, tandartsen, verloskundigen en andere hulpverleners werkzaam in de eerstelijnszorg. Alleen ziekenhuizen hebben de mogelijkheid deze kosten te financieren uit een toegelaten post 'dubieuze debiteuren'. Voor de eerstelijnszorg en de via de AWBZ gefinancierde tweedelijnszorg bestaat een dergelijke mogelijkheid niet.

### **Oprichting 'Illegalenfonds'**

Mede naar aanleiding van signalen van de GGD'en en de ziektekostenverzekeraars uit de vier grote steden heeft de Rijksoverheid een 'Landelijk Illegalenfonds' in het leven geroepen om de kosten van 'medisch noodzakelijke zorg' aan illegalen in de eerstelijnszorg en de via de AWBZ gefinancierde zorg te vergoeden (6). Onder 'medisch noodzakelijke zorg' wordt verstaan:

- zorg ter voorkoming van bedreiging van het leven of van essentiële functies;
- zorg ter voorkoming van gevaar voor derden (zoals bij infectieziekten en psychische stoornissen met agressief gedrag);
- zorg voor en tijdens de geboorte;
- preventieve jeugdgezondheidszorg, voorzover deze zorg niet reeds is gefinancierd via de begroting.

Alleen de eerstelijnszorg en de via de AWBZ gefinancierde tweedelijnszorg komen voor vergoedingen uit het fonds in aanmerking. Ziekenhuizen worden geacht onverminderd gebruik te maken van de post 'dubieuze debiteuren'.

Voor het fonds is jaarlijks, maar niet eerder dan in 1998, elf miljoen gulden beschikbaar. Het zal worden beheerd door de Stichting Koppeling, waarvan het bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars uit de grootstedelijke regio's. De Haagse GGD en NUTS-zorgverzekering als verbindingskantoor zijn van meet af aan bij deze ontwikkelingen betrokken geweest.

Om voor een uitkering uit dit fonds in aanmerking te komen, moeten aanvragen echter aan nogal wat voorwaarden voldoen. Eén daarvan is dat alle aanvragen dienen te lopen via regionale samenwerkingsverbanden rondom de zorg aan illegalen. Individuele hulpverleners kunnen dus niet rechtstreeks hun declaraties indienen.

### **Wat betekenen deze ontwikkelingen voor Den Haag?**

Een eerste inventarisatie van indrukken van hulpverleners in 1996 suggereerde dat er met name in de centrumwijken van Den Haag een redelijk grote groep illegalen zou zijn, die regelmatig een beroep doet op onder andere huisartsenhulp, verloskundige zorg, tandartsenhulp en hulp van de RIAGG. Beter zicht op de daadwerkelijk omvang én zicht op de gezondheidsproblemen van deze groep was echter gewenst.

#### *Oprichting Werkgroep*

In juni 1995 is, naar aanleiding van de indiening van het wetontwerp Koppelingswet en op initiatief van een aantal hulpverleners, de 'Werkgroep illegalen en gezondheidszorg' opgericht, bestaande uit de GGD, Vluchtelingenwerk Den Haag, Opvang Vluchtelingen In Nood (OVIN), Ondersteunings Comité Illegale Arbeiders (OKIA), een vertegenwoordiger namens de Haagse Zorgverzekeraars NUTS en AZIVO en STIOM.

Doel van de werkgroep is: alle initiatieven met betrekking tot de (gezondheids)zorg aan illegalen in Den Haag op elkaar af te stemmen, knelpunten in deze zorg zichtbaar te maken en waar nodig te werken aan de verbetering van dit zorgaanbod.

#### *Oprichting Netwerk van hulpverleners*

In mei 1996 is het 'Netwerk hulpverlening illegalen Den Haag' opgericht. In dit netwerk zitten alle hulpverleners die regelmatig met illegalen in contact komen, zoals huisartsen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers en hulpverleners van de RIAGG, samen met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen Westeinde en Leyenburg, de GGD, Thuiszorg Den Haag, OKIA, Vluchtelingenwerk Den Haag, OVIN en STIOM.

Doel van dit netwerk is meer greep te krijgen op de illegalenproblematiek in Den Haag door uitwisseling van praktische informatie omtrent hulpverlening aan illegalen, het bespreken van praktische knelpunten in het Haagse zorgaanbod en het gezamenlijk zoeken naar oplossingen. Dit netwerk komt viermaal per jaar bij elkaar.

#### *Activiteiten*

Door de Werkgroep illegalen en gezondheidszorg zijn - in nauw overleg met het netwerk - inmiddels

een viertal activiteiten ontwikkeld ter verbetering van het zorgaanbod voor illegalen in Den Haag.

#### *Registratie onder hulpverleners*

De werkgroep is begonnen op meer gestructureerde wijze informatie in te winnen bij Haagse zorgverleners. Men wilde weten welke hulpverleners regelmatig met illegalen te maken krijgen, wat de aard en de omvang van de zorgvraag van illegalen is in Den Haag en welke knelpunten men in het Haagse zorgaanbod aan illegalen tegenkomt. Vervolgens zijn er interviews gehouden met hulpverleners die een sleutelpositie innemen in het hulpverleningsnetwerk aan illegalen om zodoende ook de meer inhoudelijke aspecten van deze problematiek nader in kaart te brengen.

Er is door de afdeling Epidemiologie van de GGD een registratieformulier verspreid onder hulpverleners, teneinde een zo nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen van de aard en de omvang van de gezondheidsproblemen van illegalen in Den Haag. Daaruit blijkt voorlopig dat de problemen in omvang niet onrustbarend groot zijn. Zo kan op basis van de registratie worden geschat dat de Haagse huisartsen gezamenlijk jaarlijks minder dan duizend contacten hebben met illegalen. Het aantal contacten in Den Haag zou op basis van deze schatting aanzienlijk minder zijn dan in Amsterdam, waar sprake is van meer dan tienduizend contacten (7). Niettemin doet zich in Den Haag in individuele gevallen ernstige problematiek voor en dit kan dan een zeer zware belasting betekenen voor de desbetreffende hulpverleners. Zo meldt een huisarts een wekelijks contact met een illegaal hier verblijvende vrouw, wier meervoudig gehandicapte dochter is opgenomen in een inrichting. De bekostiging van deze opname is een probleem: de vrouw is uitgeprocedeerd en zal rekeningen krijgen die ze niet kan betalen.

Een ander voorbeeld is het dilemma van een huisarts die op grond van bloedonderzoek vermoedde dat een patiënte mogelijk een levensbedreigende hormoonproducerende tumor had. Nadere diagnostiek zou echter buitengewoon duur zijn en het was onduidelijk wie dit zou betalen.

#### *Meld- en consultatiepunt voor hulpverleners*

Op verzoek van de hulpverleners wordt gewerkt aan de realisatie van een centraal Meld- en consultatiepunt. Hier kunnen hulpverleners informatie en advies krijgen in geval van probleemsituaties (ver-

wijzing, mogelijkheden in de tweede lijn, financiering zorg, en dergelijke). Illegalen met een hulpvraag kunnen telefonisch door het Meldpunt worden doorverwezen naar een van de hulpverleners uit het netwerk. Hierdoor is dit centrale punt in staat de knelpunten in het Haagse zorgaanbod aan illegalen bij te houden.

Het Meldpunt zal worden bezet door een (goed ingevoerde) huisarts en zal organisatorisch worden verbonden aan de Stichting Haagse Gezondheidscentra. Het Haagse Fonds Huisartsen in Achterstandswijken is bereid bij te dragen in de kosten van deze voorziening die in eerste instantie als experiment wordt opgezet. Ook de Stichting Koppeling is gevraagd om een financiële bijdrage.

#### *Medicijnverstrekking*

In Den Haag is inmiddels een centrale medicijnvoorziening voor illegalen georganiseerd. Vijf apothekers verstrekken (onder andere uit monster-voorraden) gratis medicijnen aan deze doelgroep. Eén van deze apothekers heeft de coördinatie op zich genomen en onderhoudt nauw contact met de desbetreffende huisartsen; hiertoe is een protocol ontwikkeld. De vijf apothekers registreren nauwkeurig hoeveel en welke medicijnen worden verstrekt. Twee maal per jaar wordt dit geëvalueerd. Voor dure medicijnen (zoals insuline) wordt in overleg met de industrie naar een oplossing gezocht.

#### *Bekostiging van de zorg*

Naast een belangeloze inzet van individuele hulpverleners en instellingen op het terrein van de gezondheidszorg zijn ten behoeve van noodzakelijke medische zorg aan illegalen financieringsmogelijkheden gevonden of aangevraagd. Zo is een Haags kerkelijk fonds bereid in individuele noodgevallen kostbare zorg (bijvoorbeeld revalidatie) te financieren. Daarnaast zijn inmiddels aanvragen ingediend bij het landelijke illegalenfonds.

Voor huisartsen met verhoudingsgewijs veel illegale patiënten is een bedrag aangevraagd, dat overeenkomt met de kosten van het (gemiddelde) aantal consulten aan illegalen per jaar. Ook voor verloskundigen die relatief veel zorg verlenen aan illegalen is een bedrag aangevraagd, aangevuld met een bedrag voor noodzakelijke kraamzorg.

Voor de desbetreffende huisartsen en verloskundigen geldt wel de verplichting een goede registratie van hun contacten met illegalen bij te houden én deel te nemen aan het Netwerk hulpverlening illegalen.

Voorts is financiële ondersteuning aangevraagd voor het experiment 'Medisch spreekuur dak- en thuislozen' in Den Haag (zie pagina 5 elders dit tijdschrift), want een belangrijk gedeelte van de patiënten op dit spreekuur is illegaal.

Ook voor andere vormen van eerstelijnszorg en via de AWBZ gefinancierde tweedelijnszorg wordt bekeken of financiële steun uit het landelijke fonds noodzakelijk is.

Het feit dat inmiddels een goed georganiseerde lokale samenwerking bestaat op het gebied van de zorg aan illegalen, maakt dat Den Haag een gemotiveerd beroep heeft kunnen doen op middelen uit dit fonds. Het Haagse netwerk, waarin alle beroepsgroepen uit de eerstelijns zijn vertegenwoordigd, functioneert inmiddels ruim een jaar. De genomen initiatieven en de gerealiseerde gratis medicijnverstrekking vormen de producten van een prima samenwerking tussen betrokken instanties.

Het principe van het 'Haagse model' is om de noodzakelijke zorg voor illegalen blijvend te kunnen garanderen, zonder dat daartoe aparte instituties moeten worden opgericht. De zorg voor illegalen is daarmee een integraal onderdeel van de Haagse grootstedelijke gezondheidszorg.

#### Literatuur:

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wetsontwerp: Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van vreemdelingen in Nederland. Tweede kamer, 1994-1995, 24233, nr. 1-3+A.
2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen. Advies over de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg. Zoetermeer: juli 1995.
3. Dam JJM ten, Liefhebber S, Linders B. Illegalen in de Nederlandse gezondheidszorg. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1996; 74: 245-50.
4. Jong EJC de. De koppelingswet en de medische hulp aan illegalen: de hulpverlener als controleur van verblijfstitels? Med Contact 1996; 51 nr 12: 399-401.
5. Willigen LHM van. De geestelijke gezondheidszorg voor vluchtelingen, asielzoekers en ontheemden: medisch-ethische aspecten. Med Contact 1996; 51 nr. 12: 402-3.
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de Minister van VWS aan de NVGGZ, LVGGD, VNG, LHV en Vaste Commissie voor VWS getiteld 'Basistekst voorlichting illegalenfonds'. Rijswijk, 14 februari 1997.
7. Onverzekerden in Amsterdam III. GG en GD Amsterdam, 1995.

*Voor vragen ten aanzien van zorg voor illegalen in het kader van dit artikel kunt u zich wenden tot auteur: Mw. T. van der Maat, Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum; tel.: 070 - 388 94 08.*

# Medisch spreekuur voor dak- en thuislozen

*Over het bestaansrecht van een bijzondere groot-stedelijke voorziening*

Mw. T.G.M. van der Maat, P.T.L.A. Falke en J.W. van Doorn

**Een dak- of thuisloze heeft geen huisarts. Behoeftte aan die zorg hebben ze vanzelfsprekend wel. Sterker: meer dan de doorsnee burger. Vandaar, bij wijze van experiment, de introductie van het 'medisch spreekuur' voor die groep. De eerste ervaringen lieten ernstige somatische en psychische pathologie zien. Al na een half jaar werd duidelijk dat toeloop en aard van de problematiek aanzienlijk meer inzet vraagt.**

In dit artikel wordt aan de hand van cijfers en beschrijvingen een beeld gegeven van het 'medisch spreekuur voor dak- en thuislozen'. Deze voorziening is opgezet als een eenjarig experiment om het bestaansrecht, de opzet en de processen te kunnen evalueren. Begin 1998 zal een evaluatie plaatsvinden op basis waarvan een beslissing zal moeten worden genomen over het al dan niet structureel maken van deze laagdrempelig opgezette voorziening voor dak- en thuislozen.

## *Wat zijn dak- en thuislozen?*

De termen dak- en thuisloos worden in de praktijk regelmatig door elkaar gebruikt. Scherp omliggende definities bestaan tot op heden niet. Toch is een onderscheid tussen dakloosheid en thuisloosheid wel gewenst.

*Daklozen* zijn in staat zelfstandig te wonen en te functioneren binnen onze samenleving. Ze zijn in staat zich te voorzien van een sociaal netwerk, waarop ze in stress-situaties een beroep kunnen doen. *Thuislozen* zijn geen nomaden, zwervers of daklozen. Het zijn mensen die geen innerlijke rust hebben en de sociale vaardigheden missen om zich zelfstandig te handhaven. Ze voelen zich alleen en zijn dat ook. Ze beschikken niet over dat sociale vangnet. Ze mankeren voldoende vermogen om sociale relaties aan te gaan en/of te onderhouden. Ze vinden geen aansluiting bij de samenleving en willen

---

*Over de auteurs:*

Mw. T.G.M. van der Maat, projectleider van de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum, P.T.L.A. Falke en J.W. van Doorn, beiden huisarts in Den Haag.

ook geen hulp meer. Thuisloze mensen worden gedreven door overlevingsdrang en zijn als zodanig niet bezig met *leven* maar met *overleven* (1).

### **Waarom een spreekuur voor dak- en thuislozen?**

Uit onderzoek in binnen- en buitenland naar de gezondheidstoestand van dak- en thuislozen komt een aantal bevindingen consequent naar voren (2):

- de dak- en thuislozen hebben vaker dan de doorsnee burger last van lichamelijke aandoeningen;
- deze lichamelijke aandoeningen doen zich bij hen ook in ernstiger vorm voor;
- er bestaat bij hen vaker een samengaan van verschillende aandoeningen en problemen;
- dak- en thuislozen besteden meestal weinig aandacht aan hun gezondheidsklachten.

Door alcohol-, drugs- en tabaksgebruik, zelfverwaarlozing, rechtstreekse blootstelling aan de weersomstandigheden, slechte kleding en schoeisel en slechte of eenzijdige voeding wordt de gezondheid van dak- en thuislozen continu negatief beïnvloed.

Daarnaast is één van de cruciale problemen van dak- en thuislozen dat ze een fundamenteel wantrouwen jegens anderen hebben, geen identiteitsbesef hebben, overlevingsgedrag vertonen en vaak geen sociaal netwerk bezitten. Als ze al verzekerd zijn zullen deze kwalificaties een normaal gebruik van huisartsenzorg in de weg staan. Menig verzekerde dak- of thuisloze heeft dan ook géén eigen huisarts (vaak aangeduid met 'gaarne opgave') of komt nooit bij de eigen huisarts.

In dit verband pleitte de Gezondheidsraad reeds in 1995 voor een laagdrempelige medische voorziening voor deze doelgroep: 'Behalve voor het verlenen van de noodzakelijke eerste hulp dient het om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt, zodat doorverwijzing naar het reguliere circuit mogelijk is' (2).

De Haagse instellingen die een voorziening hebben voor deze groep buitenlopers, te weten de Kessler Stichting en het Leger des Heils, hameren dan ook al jaren op de noodzaak om in Den Haag voor de groep dak- en thuislozen een laagdrempelige medische voorziening op te zetten. Uit de dagelijkse praktijk blijkt immers, dat de kenmerken van Haagse dak- en thuislozen niet wezenlijk verschillen van de landelijk bekende gegevens.

Teneinde zo'n voorziening in het leven te roepen, werd gedurende de wintermaanden van 1995 op initiatief van de Haagse Zorgverzekeraar AZIVO door het Westeinde Ziekenhuis een proefproject van drie maanden georganiseerd. Op twee locaties waar dak- en thuislozen komen, de Kessler Stichting (De la Reyweg 522) en een dependance van het Leger des Heils (Steynlaan 150-4) werd wekelijks spreekuur gehouden door A-verpleegkundigen van de EHBO-afdeling van het binnenstads ziekenhuis (3). Al snel bleek dat de hulpvragen waarmee de verpleegkundigen werden geconfronteerd niet echt van verpleegkundige aard waren en dat deze hulp ook prima kon worden gegeven door medewerkers van de genoemde instanties voor maatschappelijke dienstverlening zelf. De hulpvragen waren meer van maatschappelijke en/of psycho-sociale aard. Aan dit project is, omdat het aanbod onvoldoende aansloot bij de vraag, derhalve geen gevolg gegeven.

Niettemin bleven de directies van beide opvangvoorzieningen pleiten voor laagdrempelige *medische* zorg voor deze doelgroep. Hun ervaring wees uit dat veel kwalen van dak- en thuislozen een huisarts-geneeskundige aanpak behoeven. Daarbij werd vaak verwezen naar aandoeningen als astma, eczeem, diabetes, cardiovasculaire problemen. Bovendien stelden ze dat thuisloosheid, maar ook dakloosheid een 'totaalzorg'-concept (lichamelijke, psychische, sociale en maatschappelijk problemen geïntegreerd benaderen) behoeft, dat vorm moet krijgen in een multidisciplinair team, waarin huisartsenzorg een belangrijke rol speelt.

Ook in andere grote steden zoals Utrecht, Amsterdam en Rotterdam experimenteerde men inmiddels met laagdrempelige medische voorzieningen voor de dak- en thuislozen. De dagelijkse praktijk wees ook hier overduidelijk uit, dat een laagdrempelig medisch spreekuur tegemoet kwam aan de zorgbehoefte van deze doelgroep.

Op basis van deze ervaringen is op 1 januari 1997 een nieuw (eenjarig) experiment van start gegaan in Den Haag met een laagdrempelig medisch spreekuur voor dak- en thuislozen in Den Haag bemand door artsen.

### **Aard en opzet van het experiment**

Essentieel voor het bereik is dat het medische spreekuur wordt gehouden op een locatie, waar de



doelgroep komt en die tevens een vertrouwde, veilige plek is waar de bezoeker zich 'thuis' voelt. Daarom is opnieuw gekozen voor de locatie van het Passantenverblijf (Kessler Stichting) en daarnaast het Goodwill Centrum (Leger des Heils). De arts verleent medische hulp aan de buitenlopers en verwijst deze waar nodig door naar de reguliere tweedelijnszorg. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling dat het spreekuur de reguliere zorg vervangt.

Het spreekuur duurt een uur (tweemaal per week) en wordt gehouden door een huisarts die daar fungeert als algemeen arts: er wordt geen continue huisartsenzorg geboden.

Het spreekuur heeft globaalweg twee functies:

- *intermediaire functie* tussen de doelgroep en de reguliere zorg; de arts zorgt voor toeleiding van deze groep naar de reguliere zorg;
- *signaalfunctie*: de arts registreert nauwkeurig de aard en de omvang van de hulpvraag van deze doelgroep.

Doel van het spreekuur is om gedurende deze experimentele periode zicht te krijgen op de behoefte (aard, omvang, verloop) aan medische zorg, het percentage verzekerden en de benodigde inzet en middelen. Op basis van deze gegevens kan begin 1998 een gefundeerde beslissing worden genomen over het al dan niet structureel maken van een dergelijke voorziening.

Bij het experiment zijn betrokken de Kessler Stichting, het Leger des Heils, huisartsen van de Stichting Haagse Gezondheidscentra, huisarts A.Y. Burghgraef, de Zorgverzekeraars AZIVO en NUTS, de Gemeente Den Haag en STIOM. Deze betrokkenen vormen met elkaar de Projectgroep die het experiment ondersteunt en begeleidt.

Het experiment wordt gefinancierd door de Gemeente Den Haag, de Zorgverzekeraars AZIVO en NUTS en het lokale Huisartsenfonds Achterstandswijken. Daarnaast verstrekt de AZIVO-apotheek gratis medicijnen.

### *Cijfers over de eerste negen maanden*

In de onderstaande tabellen worden cijfers gepresenteerd over de clientèle van het spreekuur, de aandoeningen die worden aangeboden en de diagnostische en therapeutische uitkomsten. Deze geven bij elkaar een redelijk beeld van de processen die in deze voorziening plaats vinden.

### *De populatie*

Gedurende de eerste negen maanden van het project hebben 246 dak- en thuislozen de weg gevonden naar het spreekuur (Kessler Stichting 143; Leger des Heils 100 en er zijn ook nog drie in de soepbus bezocht). In totaal hebben ze 419 keer het spreekuur geconsulteerd. Van hen kwam 18% meer dan één keer. De meeste bezoekers komen dus één keer en laten zich daarna - althans binnen de negen maanden dat het experiment duurt - niet meer zien. Per maand varieert het aantal consulten tussen de dertig en zeventig; uit de aantallen kunnen geen duidelijke seizoensinvloeden worden afgeleid.

De mannen zijn ver in de meerderheid (77%). De meesten zijn tussen de twintig en zestig jaar oud met het accent op de 30-40-jarigen.

Het merendeel van de bezoekers (60%) is van Nederlandse afkomst. Opmerkelijk is het relatief hoge aantal cliënten met een Marokkaanse/Noord-Afrikaanse achtergrond (tabel 1).

Bijna de helft van de bezoekers (42%) is onverzekerd. 13% van de cliënten is wel verzekerd, maar heeft geen vaste huisarts gekozen ('gaarne opgave').

### *Klachten/problemen, diagnoses en behandelingen*

Het soort klachten waarmee de bezoekers zich tot het spreekuur wenden is tamelijk divers (tabel 2). Het patroon lijkt redelijk overeen te komen met het klachtenpatroon dat in de gemiddelde huisartspraktijk aan de orde is (4). Wel lijken in vergelijking daarmee CARA, voetklachten, ontstekingen, wonden en slaapproblemen tamelijk hoog te scoren.

### *tabel 1*

*Bezoekers van het medische spreekuur voor dak- en thuislozen naar land van herkomst.*

*Den Haag, januari - september 1997.*

Land van herkomst	Aantal	(%)
Nederland	147	(60)
Marokko, Noord-Afrika	37	(15)
Suriname, Caribisch gebied/ (Creools)	19	(8)
Turkije	12	(5)
Oost-Europa	7	(3)
Suriname/(Hindostaans)	5	(2)
Overig	19	(7)
Totaal	246	(100)

**tabel 2**

*Bezoekers van het medische spreekuur voor dak- en thuislozen naar belangrijkste klachten.*

*Den Haag, januari - september 1997.*

Klachten	Aantal <sup>a)</sup>
Pijn bij specifieke aandoening	7
Angst, onrust, slaapproblemen	22
Allergie, eczeem, uitslag	5
Medicatie	12
Hoesten bij CARA	52
Voetklachten	23
Maag/darmklachten	18
Ontsteking huid/wond	29
Gewrichtsklachten/spieren	32
Medicatievraag benzo's	13
Tandproblemen	8
Ogen	7
Cerumen	6
Verkoudheid e.d.	4
Griepig	6
'Down'/spanning	4
Mishandeling	4
Schaamluis	4
Overig	14
<b>Totaal</b>	<b>270</b>

<sup>a)</sup> Combinaties zijn mogelijk vanwege verschillende consulten van eenzelfde persoon.

Een derde van de dak- en thuislozen geeft 'hechtenis' aan als belangrijkste maatschappelijke probleem waar hij/zij last van heeft ondervonden (tabel 3).

Een opmerkelijke karakteristiek - zowel met betrekking tot de werkdruk van de huisarts als tot de problematiek waarmee dak- en thuislozen rondlopen - is dat bij maar liefst 25% van de bezoekers van het spreekuur ernstige psychiatrische problematiek wordt gediagnosticeerd (vooral psychoses en de ziekte van Korsakov). Dit geldt te meer omdat hiermee niet alles in beeld is gebracht: de patiënten worden namelijk niet specifiek op deze problematiek bevraagd. Maar liefst 40% van de bezoekers is verslaafd aan alcohol en/of drugs.

Bij één op de vijf bezoekers kan worden gesproken van chronische somatische aandoeningen. CARA wordt bij opvallend veel patiënten vastgesteld.

Twee van de drie dak- en thuislozen krijgen medicatie voorgeschreven of krijgen medicijnen mee. Dit

kunnen specifieke medicijnen zijn voor somatische aandoeningen, psychofarmaca dan wel huis-, tuin- en keukenmiddelen.

Een vijfde deel van de bezoekers is doorverwezen naar de eerste lijn (veelal naar het maatschappelijk werk) of tweede lijn (algemeen ziekenhuis, Centrum Verslavingszorg Zeestraat of RIAGG).

### **Aanpassingen in de opzet**

De cijfers laten zien, dat door dak- en thuislozen een flink beroep wordt gedaan op het medische spreekuur bij het Goodwill Centrum en het Passantenverblijf. Er kan worden gesproken van veel ernstige pathologie, zowel in somatische als in psychiatrische zin.

Na ruim een half jaar experimenteren met een laagdrempelig medisch spreekuur voor dak- en thuislozen gaf de praktijk een aantal knelpunten te zien die om een oplossing vroegen.

Al snel werd duidelijk, dat de artsen met vier maal één uur spreekuur niet uitkwamen. Niet alleen was de toeloop van het aantal hulpvragers boven verwachting, ook de aard van de problematiek was zodanig dat méér spreekuurtijd noodzakelijk bleek. Met name de groep dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek is groot en vraagt veel tijd.

Om dit op te lossen heeft de Projectgroep de volgende (voorlopige) maatregelen genomen.

**tabel 3**

*Bezoekers van het medische spreekuur voor dak- en thuislozen naar maatschappelijk hoofdprobleem. Den Haag januari - september 1997.*

Maatschappelijk hoofdprobleem	Aantal	(%)
Schulden	8	(3)
Relatieproblemen	15	(6)
Hechtenis	83	(34)
Uit sociaal pensioen	9	(4)
Illegaal	14	(6)
Vluchteling	6	(2)
Misbruik/mishandeling	11	(4)
Uithuiszetting	7	(3)
Armoede	9	(4)
Overig	45	(18)
Onbekend	39	(16)
<b>Totaal</b>	<b>246</b>	<b>(100)</b>

- Door een herschikking van de middelen die door de zorgverzekeraars beschikbaar zijn gesteld, is het thans mogelijk een aantal extra spreekuren te organiseren.
- De RIAGG-Westhage stelt op de Kessler Stichting voor 1,5 uur per week een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) beschikbaar. Deze SPV-er assisteert de huisarts bij het spreekuur en neemt een groot deel van de ambulante psychiatrische zorg voor zijn rekening. Indien deze samenwerking tussen huisarts en SPV-er een duidelijke meerwaarde laat zien, zal de RIAGG - aldus voorlopige afspraken - te zijner tijd ook bij het Goodwill Centrum een SPV-er inzetten.
- Vanuit zowel de Kessler Stichting als het Leger des Heils wordt menskracht ingezet om de huisarts te assisteren bij het invullen van de (registratie)formulieren. In de praktijk blijkt dit een nogal tijdrovende bezigheid, terwijl dit niet per se door de arts zelf hoeft te worden gedaan. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan een spoedige invoering van een geautomatiseerde gegevensverwerking.

Daarnaast is het nodig om voor de doelgroep 24-uurs huisartsenzorg te organiseren. Buiten het medische spreekuur is tot op heden voor hen niets aan huisartsenzorg geregeld, terwijl zich wel regelmatig buiten de spreekuren acute zorgvragen voordoen. Voor de oplossing van dit knelpunt dienen nadere afspraken te worden gemaakt met de 24-uursdienst van de RIAGG en met een of meer waarnemgroepen van huisartsen.

De verzekeringsstatus van de dak- en thuislozen was en is nog steeds problematisch. Een groot deel van de hulpvragers blijkt niet verzekerd. Bij een eerste bezoek aan het spreekuur wordt de patiënt dan ook altijd direct ingeschreven bij een van de Haagse zorgverzekeraars. Niettemin zit er altijd enige tijd tussen het inschrijven en het daadwerkelijk verzekerd zijn. Het komt in de praktijk regelmatig voor dat de onverzekerde patiënten tweedelijns spoedhulp nodig hebben (ziekenhuis). Formeel is deze hulp dan nog niet mogelijk en in de praktijk ontstaan dan ook regelmatig problemen met verwijzingen.

Negen maanden ervaring met het spreekuur hebben geleerd dat er onvoldoende samenwerking is bij de hulp aan dak- en thuislozen. Vanwege de aard van de problematiek wordt de inzet gevraagd van verschillende hulpinstellingen. Voor een goede afstemming



van de onderlinge hulp is een goede en snelle bereikbaarheid van deze instellingen noodzakelijk. Hieraan ontbreekt het echter vaak. Veel tijd gaat dan ook verloren aan talloze telefoontjes om de juiste persoon te pakken te krijgen.

Een oplossing hiervoor zou zijn om ten behoeve van de hulp aan deze doelgroep zoveel mogelijk te werken met (beslissingsbevoegde) contactpersonen. Dit bevordert een snelle en efficiënte hulpverlening aan deze doelgroep. Inmiddels vindt er op het Passantenverblijf wekelijks een succesvol multidisciplinair overleg plaats tussen het Maatschappelijk Werk, de RIAGG, Centrum Verslavingszorg Zee-straat en de huisartsen.

De eerste ervaringen laten zien dat het spreekuur voor dak- en thuislozen in een behoefte voorziet. Belangrijk hierbij is dat voor het antwoord op medische hulpvragen van de dak- en thuislozen een structurele samenwerking wordt ontwikkeld met voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag.

#### Literatuur:

1. Strobos MA. Ervaringen op kinderleeftijd en thuisloosheid. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met de Kessler Stichting. Den Haag, november 1995.
2. 'Daklozen en thuislozen', advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Den Haag, juni 1995.
3. Ridder M de, Renzenbrink J. Preventieve medische zorg voor dak- en thuislozen: ervaringen van een proefproject. Epidemiol Bul Grav 1995; 30 nr. 3: 14-6.
4. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, augustus 1991.

# De communicatie tussen huisartsen en migranten

## *De groepsgewijze dialoog als methode*

Mw. R. van Erp en Mw. S. Kraetzer

**Communicatie tussen migranten en hulpverleners blijft een steeds terugkerend punt van zorg. Er is een tolkentelefoon en er zijn folders in de taal van de hulpzoekende, maar er is tot voor kort weinig aandacht geweest voor ontwikkeling van andere methoden. Naar Rotterdams voorbeeld is er nu een dialoog tussen huisartsen en kleine groepen migranten ontwikkeld. Dat opent de mogelijkheid 'interactief' kennis te nemen van wederzijdse opvattingen. Aan beide zijden van de toonbank wordt het initiatief zeer gewaardeerd.**

### *Het rapport*

*'Dialoog tussen huisartsen en migranten' is gratis te bestellen bij:*

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn  
GGD, afdeling GVO, Mw. R. van Erp,  
Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag,  
telefoon: 070 - 3 53 72 54, fax: 070 - 3 53 72 92.

Dat de communicatie tussen hulpverleners en allochtone hulpvragers veelvuldig problemen geeft is alom bekend. Ook in Den Haag is dit een steeds terugkerend punt van zorg. De GVO-coördinatiegroep migranten, de bewonersondersteuning, de migrantenvoorlichters, de huisartsen en andere hulpverleners vangen hierover regelmatig signalen op. En in onderzoek wordt telkens weer geconstateerd, dat de communicatieproblematiek tussen hulpverleners en migranten een handicap blijft in de gezondheidszorg (1)(2). Zo meldt Van Rijn op basis van een studie waarbij aanbieders van de zorg werden geïnterviewd over verhoudingen tussen de Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen, dat huisartsen zich uitermate gefrustreerd voelen over hun contacten met - in dit geval - Marokkaanse patiënten (2). Soortgelijke signalen zijn afkomstig uit ander Haags onderzoek waarin allochtone zorgvragers aan het woord kwamen over hun ervaringen met het zorgaanbod (3). Tijdens een Haagse werkconferentie op 15 december 1996 discussieerden hulpverleners en sleutelfiguren met elkaar over knelpunten in de communicatie tussen migranten en zorgverleners (4).

Sinds de verschijning van allochtone hulpvragers aan de poorten van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de communicatieproblemen - zo blijkt - nog steeds manifest. De pogingen om uit deze problemen te

### *Over de auteurs:*

Mw. drs. R. van Erp, psycholoog, GVO-functionaris, werkzaam bij de GGD, afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn en Mw. drs. S. Kraetzer, cultureel antropoloog, opbouwwerker Bewonersondersteuning.

komen zijn vooral gericht geweest op het ontwikkelen van hulpmiddelen zoals de tolken(telefoon) en voorlichtingsmateriaal in de eigen taal. Er is relatief weinig belangstelling geweest voor de ontwikkeling van andere methoden om de communicatie te verbeteren.

Nog minder is aandacht besteed aan de mogelijk beperkte toegankelijkheid van het zorgsysteem voor kansarme cliënten. Het ziet er naar uit dat de gezondheidszorg (en zijn actoren) niet aansluit(en) bij het begrip en het gedrag van de cliëntèle. De inzet van taalinstrumenten als de tolkentelefoon en voorlichtingsmateriaal in de eigen taal zijn te beperkt om tot bevredigende oplossingen te komen.

De GGD Nieuwe Waterweg Noord heeft discussiebijeenkomsten in moskeeën georganiseerd met een (grote) groep migranten en huisartsen uit hetzelfde werkgebied (5). Deze aanpak heeft de Haagse werkgroep 'Huisarts en migrant' geïnspireerd tot het op gang brengen van een dialoog tussen huisartsen en migranten in kleine groepen, onder begeleiding van een migrantenvoorlicht(st)er.

Een aantal huisartsen uit het stadsdeel Centrum in Den Haag had namelijk behoefte aan nieuwe communicatieve methoden om een beter begrip 'aan beide zijden van de toonbank' te ontwikkelen tussen migranten en henzelf. Gekozen werd voor een geleide en semi-gestructureerde groepsdialoog tussen huisartsen en allochtone cliënten.

Deze aanpak biedt mogelijkheden om 'interactief' kennis te nemen van elkaars opvattingen en verwachtingen om zo nader tot elkaar te kunnen komen.

### **Doelstelling en opzet**

De concrete doelstellingen van het onderhavige deelproject in het kader van het thema 'Huisarts en migrant' waren:

- toename van kennis bij huisartsen over wat migranten verwachten van de huisarts;
- toename van kennis bij migranten over wat huisartsen verwachten van allochtone patiënten;
- het leveren van een bijdrage aan het ontwikkelen van methoden om de communicatie tussen huisartsen en migranten te verbeteren.

De dialoog vond plaats in de vorm van dertien groeps gesprekken tussen huisartsen en migranten in de periode van oktober tot en met december 1996.

Het waren steeds vrij kleine, *bestaande* groepen

migranten, die al verschillende keren hadden deelgenomen aan gezondheidsvoorlichting voor en door migranten. De achterliggende gedachte bij de keuze voor deze groepen was, dat bestaande groepen sneller en beter tot een open uitwisseling van gedachten in staat zouden zijn dan nieuw te vormen groepen. Een voordeel van deze aanpak is het reeds bestaande onderlinge vertrouwen dat in het voorafgaande proces tijdens de voorlichting is gegroeid. Een nadeel is het feit dat het gaat om groepen die reeds uitgebreid ervaring hebben met voorlichting in de eigen taal en cultuur. De verkregen beelden zijn daardoor mogelijk niet representatief voor Marokkanen, Turken of Surinamers in het algemeen.

Een groepsdialoog bestond uit twee bijeenkomsten. Tijdens de eerste bijeenkomst gaf een migrantenvoorlicht(st)er voorlichting over het werk van de huisarts hetgeen tevens als voorbereiding gold voor het gesprek met de huisarts. Ongeveer een week later volgde dan een groeps gesprek met de huisarts erbij. Zowel de migrantenvoorlicht(st)er als de huisarts ontvingen ter voorbereiding een instructie met richtlijnen voor het groeps gesprek. De opzet was semi-gestructureerd. Aan de hand van een lijst met gesprekspunten kwam een gedachtewisseling tot stand tussen de huisarts en de migranten over communicatieproblemen en mogelijke oplossingen. Bij elk probleem bekeek men voor wie het een probleem was; voor de huisarts, dan wel voor de patiënt of voor beiden. Bij de voorgestelde oplossingen bediscussieerde men ook wie er zou moeten veranderen.

De groeps gesprekken vonden plaats als zogenaamde 'werkplaatsen', georganiseerd in nauwe samenwerking met het STIOM (Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum). Het STIOM heeft een zevental huisartsen uit stadsdeel Centrum bereid gevonden mee te werken aan deze dialoog. Migrantenvoorlicht(st)ers van de GGD/afdeling GVO fungeerden als gespreksleider. Bij elk gesprek was een werkgroep lid aanwezig om een verslag te maken. De gesprekken duurden anderhalf tot twee uur.

Via lopende contacten van Opbouwwerk (Bewonersondersteuning) en GVO zijn dertien migrantengroepen bereid gevonden deel te nemen aan het gesprek. Het aantal deelnemers varieerde van drie tot vijftien per groep. Er waren twee groepen van

Marokkaanse mannen. De overige waren groepen vrouwen, afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname en Iran. De deelnemers maakten in bijna alle gevallen geen deel uit van de praktijkpopulatie van de aanwezige huisarts.

### *De inhoud van de dialoog*

De inhoud van de gesprekken werd sterk gestuurd door de aan beide zijden van de toonbank ervaren knelpunten. Deze zijn vastgelegd in het rapport 'Dialoog tussen huisarts en migrant'. Daarbij vielen de volgende punten op:

De deelnemers schetsen het volgende profiel van de ideale huisarts: iemand die goed luistert, tijd heeft voor je, je goed onderzoekt, duidelijk uitlegt, de juiste medicijnen geeft en verwijst als dat nodig is.

Veel migranten zijn zeer gesloten tegenover hun huisarts over hun persoonlijke en sociale problemen. Hierdoor mist de huisarts informatie over omstandigheden die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en voortduren van gezondheidsklachten.

Patiënten willen groepsvoorlichting en huisartsen vinden dit tijdrovend. Een suggestie is, dat de doktersassistente zou kunnen helpen bij het organiseren van gezondheidsvoorlichting in groepsverband.

In bijna alle groepen spreken de deelnemers over de invloed van de sekse van de huisarts. Duidelijk is dat als het om intieme zaken gaat, de meeste mensen een voorkeur hebben voor een huisarts van hetzelfde geslacht als zijzelf.



*Hildo Cohen*

Bij bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld bij kinderen met koorts, maken allochtonen zich uitzonderlijk ongerust. Ze vinden dat de dokter direct moet komen. Huisartsen dienen duidelijker dan nu vaak het geval is, uit te leggen waarom ze niet op huisbezoek komen en wat een patiënt zelf kan doen.

Migranten maken vaak oneigenlijk gebruik van de Doktersnachtdienst. Richting migranten is meer informatie nodig over het doel van de Doktersnachtdienst.

Veel migranten hebben klachten over de Doktersnachtdienst die te maken hebben met communicatieproblemen. De dienst biedt in eerste instantie telefonische hulp, wat extra problematisch is voor cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Het inschakelen van tolken zou kunnen helpen.

Ook de Eerste Hulp is bij veel migranten een populaire voorziening. Ze maken er veel gebruik van, ook in situaties die eigenlijk bij de huisarts thuis horen. Opvallend is, dat mensen blij zijn met de directe aanpak bij de Eerste Hulp. Deze hulpverleners stellen geen vragen, ze 'zeuren' niet en ze onderzoeken meteen. Terwijl mensen van de huisarts juist verwachten dat hij de tijd neemt, goed luistert en uitlegt! Het is belangrijk dat migranten meer informatie krijgen over het doel van de Eerste Hulp.

Veel migranten vinden tien minuten voor een huisartsconsult vaak te kort. Migranten, die de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen, hebben in veel gevallen meer tijd nodig. Huisartsen doen de suggestie om meer tijd te geven als de patiënt vindt dat het echt nodig is. Dat kan door het maken van een dubbele afspraak. Het is handig als een patiënt al



bij het maken van een afspraak aangeeft of zo'n dubbele afspraak nodig is.

Het is niet gemakkelijk om je gezondheidsklachten kort en duidelijk uit te leggen aan de dokter, ook al spreek je een beetje Nederlands. De voorkeur voor het soort oplossing bij taalproblemen is zeer divers. Sommige migranten nemen het liefst een familielid of een goede kennis mee. Anderen willen liever een telefonische tolk en weer anderen hebben een voorkeur voor een persoonlijke tolk. Opvallend weinig migranten hebben ervaring met de tolkentelefoon.

Voorgestelde oplossingen richting huisartsen zijn het inschakelen van een telefonische of een persoonlijke tolk. Genoemde oplossingen voor de migranten zijn het van te voren aangeven dat je een tolk nodig hebt.

In het contact tussen migranten en huisartsen spelen conflictsituaties, die ontstaan op basis van angst en agressie, nogal eens een rol. Sommige allochtone patiënten hebben het idee dat hun huisarts discrimineert, omdat hij in hun ogen meer tijd heeft voor Nederlandse mensen dan voor migranten.

Migranten vinden het belangrijk dat huisartsen interesse tonen, goed luisteren en duidelijk uitleggen. Ook migranten zelf hebben vaak een aandeel bij conflictsituaties door eisend of agressief gedrag.

Een grote groep migranten is niet of nauwelijks op de hoogte van hun rechten als patiënt. Van huisartsen mag worden verwacht dat ze meer open staan voor kritiek dan nu vaak het geval is. En richting migranten is meer informatie over patiëntenrechten van groot belang: bijvoorbeeld over het recht op vrije keuze van een hulpverlener, het recht op geheimhouding, het inzagerecht en het klachtrecht.

Veel migranten gaan tijdens hun vakantie in het land van herkomst naar een arts. Ze kunnen dan in hun taal praten, de arts onderzoekt uitgebreid, geeft medicatie en soms is het advies een bevestiging van wat de huisarts in Nederland heeft gezegd. Dat geeft een gevoel van zekerheid.

Huisartsen kunnen het beste gewoon vragen naar ervaringen van allochtone patiënten bij een arts in het land van herkomst. Als een patiënt bijvoorbeeld medicatie heeft gekregen, dan kan de huisarts die medicijnen beoordelen. Verder verwachten veel migranten niet van huisartsen dat ze hun land en cultuur goed kennen. Veel belangrijker vinden ze dat

een huisarts interesse en respect toont voor de achtergrond van een patiënt.

### **Bespreking**

De werkgroep heeft achteraf aan de hand van het rapport 'Dialoog tussen huisartsen en migranten' een korte evaluatie gehouden met de participerende huisartsen en migranten.

Een dialoog als deze blijkt zowel door de huisartsen als door de migranten zeer te worden gewaardeerd. De huisartsen stellen, dat ze zich op deze manier beter bewust worden van bepaalde vooroordelen. Ze krijgen ook meer oog voor de verschillen binnen de migrantengroepen en daarmee voor de persoonlijke en culturele situatie van hun patiënten.

De migranten krijgen met de inzet van deze methode meer vertrouwen in de Nederlandse huisarts. Dit laatste is een punt van groot belang, daar het vertrouwen in de Nederlandse samenleving met haar formele instituties voor veel allochtonen, die nauwelijks toekomstperspectief hebben, zeer gering blijkt te zijn (6).

Voor de migrantenvoorlicht(st)ers was de rol van gespreksleider een nieuwe en een moeilijke. Sommigen keken op tegen de huisarts. Anderen voelden zich onzeker over hun beheersing van de Nederlandse taal, wat hen belemmerde bij het tolken. En soms had een voorlicht(st)er de neiging om vooral richting de huisarts en namens de groep te praten. Ook voor de meeste huisartsen waren de gesprekken en de daarbij gevraagde openheid en nieuwe rolpatronen in meer of mindere mate spannend. De samenwerking met een migrantenvoorlicht(st)er, het zoeken naar een goed evenwicht tussen vragen stellen en antwoorden geven, luisteren en vertellen bleken voor de huisarts niet altijd even makkelijk.

### **Conclusie**

Met het oog op de doelstellingen van dit deelproject lijkt de gehanteerde methode van een geleid groepsgesprek een interessante aanpak om een betere communicatie te ontwikkelen tussen hulpverleners en hun allochtone cliënten. De methode geeft een nieuwe gesprekssituatie en nieuwe rolpatronen te zien, waarin het mogelijk blijkt om te komen tot een beter wederzijds begrip en onderling vertrouwen. En deze zijn - zoals ieder handboek voor hulpverleners

stelt - pijlers voor een toegankelijke en effectieve zorgverlening.

De opgedane ervaringen laten zien dat de gevoerde dialogen qua opzet, leiding en voorbereiding nog kunnen worden verbeterd.

### *Voor de toekomst*

De werkgroep 'Huisarts en migrant' gaat, gesteund door de resultaten van dit project en in nauwe samenwerking met de betrokken huisartsen en migrantengroepen, verder op de ingeslagen weg. De in het kader van het project georganiseerde dialogen zijn niet een eindpunt, maar juist een begin om te komen tot een betere communicatie tussen huisartsen en migranten.

Als vervolg op het project is een aantal communicatietrainingen voor huisartsen gepland, waarbij onder andere gebruik zal worden gemaakt van video-opnames in de spreekkamer. De bestudering van deze video-opnames op een aantal van de bovengenoemde kenmerken kan een bijdrage leveren om dit vervolgproject een wetenschappelijke meerwaarde te geven. Op deze wijze komen de resultaten ook ter beschikking van andere hulpverleners.

Een andere vraag is, in hoeverre de in het project ontwikkelde methodiek van de groepsgewijze dialoog ook voor ander doelgroepen en in andere onderdelen van de gezondheidszorg kan worden aanbevolen. In het beschreven project ging het om de communicatieproblemen tussen huisartsen en allochtonen. Het ging met andere woorden over de afstand, die is ontstaan tussen het zorgsysteem en de dagelijkse leefwereld van het niet-Nederlandse deel van zijn cliënten. Deze afstand is niet alleen problematisch voor de transculturele posities van allochtonen en

hun hulpverleners. Voor ouderen, chronisch zieken en sociaal kwetsbare personen, met name in achterstandsgebieden, geldt een weliswaar andere maar zeker niet minder problematische afstand tussen hun leefwereld en het zorgsysteem (7). Allochtonen, maar ook andere sociaal kwetsbare cliënten, lijken in tamelijk gefixeerde sociale posities terecht gekomen, die blijkbaar een goede toegang tot de gezondheidszorg in de weg staan.

Het verdient dan ook nader onderzoek in hoeverre de in het project ontwikkelde werkwijze van de groepsgewijze dialoog aan de communicatie tussen andere doelgroepen en hulpverleners kan bijdragen.

Het project 'Huisarts en migrant' heeft een bescheiden bijdrage geleverd om de communicatie te verbeteren voor de direct betrokkenen. In processen gericht op de verbetering van de gezondheidszorg in achterstandsgebieden in Den Haag zou de beschreven aanpak een volwaardige plek moeten hebben.

#### Literatuur:

1. Opschoor A, Danz MJ. Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 14-7.
2. Rijn, A van. De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 4.
3. Beljaarts MAMM, Veenman J. Het zorgaanbod door allochtonen bekeken. Allochtone zorgvragers in de Haagse Schilderswijk en Transvaal over hun ervaringen met het zorgaanbod. Instituut voor Sociologisch en Economisch Onderzoek, Rotterdam, 1997.
4. Werkconferentie. Knelpunten in de communicatie tussen migranten en zorgverleners. STIOM, Den Haag 1997.
5. Houwen A. van der. Wat verwacht u van de huisarts, wat verwacht de huisarts van u. Verslag van de discussiebijeenkomst over de huisartsenhulp in de Barbaros moskee en de Muradiye moskee in Schiedam. GGD Nieuwe Waterweg Noord, Vlaarding, 1996.
6. Nijhuis, HGJ. New Public Health in Den Haag. Het georganiseerde samenspel van zorgvernieuwing in een grote stad. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 2.
7. Nijhuis HGJ. Voorwaarden voor vernieuwing van public health: een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Proefschrift. Universiteit Utrecht, november 1994.



# Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Den Haag

*Bespreking van feiten en ontwikkelingen in 1996*

A. Bongers en Mw. L.J. van der Hoek

**Deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker was vroeger een kwestie van eigen initiatief. Sinds september 1995 krijgen vrouwen in Den Haag vanaf hun dertigste tot en met hun zestigste jaar elke vijf jaar een uitnodiging voor een uitstrijkje. De cijfers over 1996 tonen aan dat het beoogde doel (40% van de aangeschreven vrouwen doet mee) net niet werd gehaald, maar al met al mag worden gesteld dat het bevolkingsonderzoek 'nieuwe stijl' naar verwachting verloopt.**

Sinds september 1995 wordt in de gemeente Den Haag conform de landelijke richtlijnen het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (bobmhk) 'nieuwe stijl' uitgevoerd. In dit programma krijgen vrouwen in de leeftijd van dertig tot en met zestig jaar iedere vijf jaar een uitnodiging preventief een uitstrijkje van hun baarmoederhals te laten maken. In het recente verleden werd deze screening alleen verricht bij vrouwen die daartoe zelf het initiatief namen of verzekerd waren bij de Haagse Ziektekostenverzekeraar AZIVO. Toen werden vrouwen in de leeftijdsgroep 35 tot 55 jaar om de drie jaar opgeroepen.

Namens het Integraal Kankercentrum West (IKW) voert de Stichting Kankerpreventie West-Nederland (SKPW) - behoudens enkele coördinerende en voorlichtingsaspecten - het bobmhk voor de gemeente Den Haag uit.

In het zogenoemde afstemmingsoverleg, waarin naast IKW/SKPW de diverse partijen uit de Haagse regio zijn vertegenwoordigd (GGD, pathologen, Districts Huisartsen Vereniging), worden onder voorzitterschap van de GGD Den Haag periodiek de relevante zaken aangaande de uitvoering van het bevolkingsonderzoek in de gemeente Den Haag op elkaar afgestemd en wordt de voortgang bewaakt.

## *Het programma*

Vrouwen krijgen vanaf het jaar waarin ze dertig worden zeven keer een uitnodiging tot deelname aan

---

*Over de auteurs:*

A. Bongers en Mw. L.J. van der Hoek, respectievelijk waarnemend projectleider (van april 1997 tot en met augustus 1997) en projectleider van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Stichting Kankerpreventie West-Nederland.

het bobmhc. Naast de uitnodigingsbrief ontvangen ze een informatiefolder en een (gecombineerde) laboratorium-/antwoordkaart samen met een portvrije retourenveloppe. De vrouw wordt in de uitnodigingsbrief gevraagd binnen twee weken een afspraak bij een/de huisarts te maken. Is ze onder behandeling bij een gynaecoloog dan kan deze specialist het uitstrijkje in het kader van het bobmhc ook afnemen. Het komt ook voor dat een vrouw om haar moverende redenen een uitstrijkje wil laten maken door een andere dan haar eigen huisarts. Hiervoor is het begrip 'vangnetarts' geïntroduceerd. Via de infolijn kan de vrouw de naam van een vangnetarts krijgen.

Het oproepen van opeenvolgende geboortecohorten vrouwen geschiedt door IKW/SKPW aan de hand van de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA). Dit basisoproepbestand wordt - zo nodig - aangepast aan de hand van informatie op de antwoordkaarten en/of van de huisartsen. De antwoordkaart is namelijk bestemd voor vrouwen die *niet* deelnemen. Ze kunnen hierop aangeven dat en waarom ze geen gebruik maken van de screeningsmogelijkheid. Indien een vrouw geen reactie op de eerste uitnodiging gaf, terwijl ze dit volgens de beschikbare (medische) informatie wel had kunnen doen, verstuurden sommige huisartsen in 1996 de vrouw een herhalingsoproep of namen ze zelf direct initiatief om de vrouw alsnog met aanvullende uitleg uit te nodigen. In zo'n geval wordt van een 'sleepnetactie' gesproken. (Vanaf 1997 wordt enige vorm van rappel verplicht ingevoerd.)

De huisarts wordt door het PA-laboratorium voorzien van uitstrijk materiaal. Hij/zij maakt het uitstrijkje en verstuurt dit met de laboratoriumkaart naar het PA-laboratorium.

Het PA-laboratorium informeert de huisarts over de uitslag. Is er sprake van medische noodzaak tot verdere diagnostiek dan neemt het PA-laboratorium telefonisch contact op met de huisarts. In alle gevallen, dus zowel bij een positieve als bij een negatieve uitslag, informeert de huisarts de vrouw.

In samenspraak tussen GGD en IKW/SKPW is een pakket van voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd, dat erop is gericht zoveel mogelijk vrouwen te motiveren aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen. Onderdelen hiervan zijn: de telefonische informatielijn bij IKW/SKPW in Leiden, voorlichtingsmateriaal (in het Marokkaans en Turks vertaald), advertenties in regionale bladen en aandacht voor dit

onderwerp tijdens andere voorlichtingsactiviteiten.

De artsen geven voorlichting aan de vrouwen op basis van de Standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

IKW/SKPW fungeert zoveel mogelijk als centraal punt voor de gegevens die op diverse plaatsen en in diverse functies worden verzameld. Ook de PA-laboratoria leveren op regelmatige basis hun gegevens aan dit centrale punt.

### *Cijfers over 1996*

In het hiernavolgende zijn enkele cijfers met betrekking tot het bereik, de respons, de verrichtingen en de uitslagen gepresenteerd. Hieraan worden navolgend met de nodige voorzichtigheid enkele conclusies en aanbevelingen verbonden.

#### *Deelname en non-respons*

In tabel 1 is een samenvattend en vergelijkend overzicht weergegeven van cijfers met betrekking tot uitnodigingen, onderzoeken, categorieën van respons en uitslagen. Ter vergelijking zijn dezelfde gegevens gepresenteerd van de IKW/SKPW-regio noordelijk Zuid-Holland (exclusief Den Haag).

De verwachting was dat zo'n 39.000 vrouwen in Den Haag gedurende 1996 voor screening zouden moeten worden uitgenodigd en dat bij 40% van deze vrouwen een uitstrijkje zou worden gemaakt naar aanleiding van de eerste oproep. Gezien ervaringen elders in de grote steden is een uitstrijkpercentage van 40% in de startfase van een bobmhc een reëel doel.

De doelstelling om 39.000 (omvang doelgroep) vrouwen op te roepen is gehaald. Het verschil tussen doelstelling (39.000 vrouwen) en realisering (39.490 vrouwen) werd veroorzaakt doordat bij de planning werd uitgegaan van cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die nooit helemaal actueel kunnen zijn.

Het aantal vrouwen, dat is onderzocht na de eerste uitnodiging bedraagt 15.146 (38,4%). De 40% waarvan werd uitgegaan is bijna gehaald. Het is bekend, dat grote steden met hun specifieke demografische en sociaal-culturele patronen, met name in achterstandsgebieden, een relatief lage deelname te zien geven voor preventieve initiatieven, waaronder het bobmhc. De deelname in Den Haag (38,4%) pakt inderdaad opvallend lager uit dan in de overige regio-gemeenten in noordelijk Zuid-Holland (54,2%).

tabel 1

*Uitnodigingen, onderzoeken, categorieën van respons van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Den Haag en regio noordelijk Zuid-Holland (excl. Den Haag), 1996.*

Procesindicator	Den Haag	Regio Zuid-Holland (excl. Den Haag)		
	Abs.	%	Abs.	%
Uitnodigingen	39.490	100	108.465	100
Onderzoek naar aanleiding van:				
- Eerste oproep	15.146	38,4	58.798	54,2
- Herhalingsoproep (sleepnet) <sup>a)</sup>	423	1,1	2.930	2,7
Antwoordkaarten	8.705	22,0	20.468	18,9
- Baarmoederverwijdering	1.949	22,4	4.222	20,6
- Zwangerschap	527	6,1	2.103	10,3
- Uitstrijkje < 1 jaar <sup>b)</sup>	4.613	53,0	10.199	49,8
- Diversen	1.616	18,6	3.944	19,3
Deelname/respons	24.274	61,5	82.196	75,8
Non-respons	15.216	38,5	26.269	24,2
Controlegraad <sup>2)</sup>	22.131	56,0	76.149	70,2
Pap 3A of hoger	223	1,43	467	0,76
Pap 4 en 5	15	0,96	28	0,45

a) Het heroproepen van vrouwen was in 1996 een vrijwillige activiteit van de huisartsen.

b) In het eerste jaar van het bevolkingsonderzoek 'nieuwe stijl' is gebleken dat een groot aantal vrouwen (4.613) via de antwoordkaarten heeft aangegeven dat ze recent een uitstrijkje hebben laten maken dat niet het gevolg is van de uitnodiging tot deelname (opportunistische screening). Bij de verdere uitvoering van het bevolkingsonderzoek wordt verwacht dat een deel van deze vrouwen aan het bevolkingsonderzoek gaat deelnemen, hetgeen uiteraard een positieve uitwerking zal hebben op de participatie.

Het deel van de opgeroepen vrouwen dat alsnog heeft gereageerd op een herhaaluitnodiging van de huisarts is met 1,1% bijzonder klein ten opzichte van de totale non-respons (38,5%). Het gemiddelde resultaat van deze inspanning in het overige deel van de regio pakt twee en een half keer zo goed uit (2,7%). De geringe winst, die met de herhaaluitnodigingen in Den Haag is behaald, is gedeeltelijk te verklaren doordat dit rappelleren pas na de zomervakantie 1996 echt van de grond is gekomen.

Het percentage geretoureerde antwoordkaarten in Den Haag (22,0%) is iets hoger dan het regionale gemiddelde (18,9%). Uit de informatie op de 8.705 antwoordkaarten blijkt, dat redenen voor non-participatie in afnemende frequentie zijn: 'recent uitgestreken' (53,0%), 'baarmoederverwijdering' (22,4%), 'overige redenen' (18,6%) en 'zwangerschap' (6,1%). De categorie 'overige redenen' geeft onder andere te zien: angst, wil niet, langdurig afwezig.

De uiteindelijke deelname/respons (inclusief teruggestuurde en ingevulde antwoordkaarten) was in Den

Haag met 61,5% duidelijk lager dan het regionale gemiddelde buiten Den Haag (75,8%).

#### Woonlocatie

In wijken als Bomen-/Bloemenbuurt, Vruchtenbuurt, Leyenburg en Loosduinen is de deelname hoog en de antwoordkaartrespons gemiddeld (figuur 1).

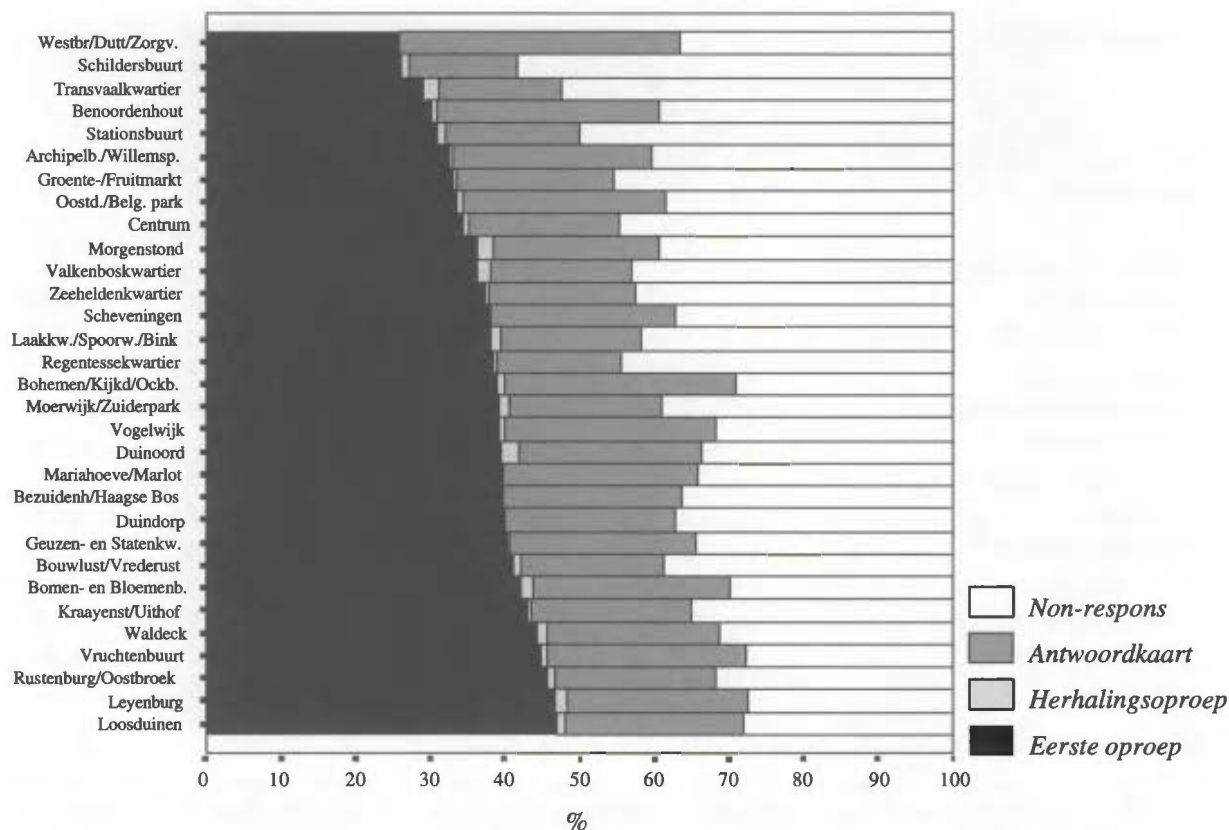
Dit betekent dat in deze wijken kan worden gesproken van een relatief goede totaalrespons op de uitnodiging voor de screening.

In de wijkcombinaties Westbroekpark, Duttendel, Zorgvliet, Van Stolkpark en Scheveningse Bosjes, is de deelname opvallend laag en de antwoordkaartrespons daarentegen hoog. Deze hoge antwoordkaartrespons wijst op een bewuste houding ten aanzien van het onderwerp screening. De lage opkomst komt waarschijnlijk, doordat een groot deel van de vrouwelijke bevolking in deze relatief welgestelde wijken zich buiten het bevolkingsonderzoek om door de huisarts of gynaecoloog recent heeft laten onderzoeken (opportunistische screening).

In de wijken Schildersbuurt en Transvaalkwartier

**figuur 1**

Respons en non-respons bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar wijk. Den Haag 1996.



(wijken met een laag sociaal-economisch niveau en een hoog percentage allochtonen) zijn daarentegen zowel de deelname als de antwoordkaartrespons laag.

**Cytologische diagnose**

Van de onderzochte vrouwen in 1996 hebben 223 vrouwen (1,5%) een uitslag Pap 3A of hoger (kritische Pap-uitslagen <sup>1)</sup>) en 15 een uitslag van Pap 4 of 5 (tabel 2 en 3). Of bij deze gevallen na verdere diagnostiek uiteindelijk ook van baarmoederhalskanker kon worden gesproken is alleen bekend bij de behandelaar. Het vermoeden is dat vrouwen uit de risicogroep vooral in de non-respons voorkomen. Met het herhaald oproepen ('sleepnet') wordt onder meer gepoogd deze vrouwen te bereiken. Van de vijftien Pap 4 en 5-gevallen zijn er drie afkomstig uit de 423 herhalingsoproepen (0,7%), tegenover twaalf

<sup>1)</sup> De beoordeling van de uitslagen vindt plaats volgens het pathologisch-anatomische classificatiesysteem 'Papanicolaou' (PAP-systeem). Deze methode leidt tot een score van één tot en met vijf, waarbij een uitkomst van drie of meer aanleiding is voor nadere diagnostiek.

uit de 15.146 eerste oproepen (0,1%). Het is nog te vroeg om hier conclusies aan te verbinden.

Er zijn 62 uitslagen van Pap 3A of hoger gevonden bij 30-34-jarige vrouwen (tabel 3) en vijf in de leeftijdsgroep vanaf 56 tot en met 60 jaar. Deze twee groepen vrouwen zouden in het bobmhc 'oude stijl', waarin alleen de 35-55-jarigen aan het bevolkingsonderzoek deelnamen geen uitnodiging hebben gekregen.

Bekijken we de kritische Pap-uitslagen voor alle onderzochte leeftijdsgroepen dan zien we een lichte afname in de kritische uitslagen in de oudere leeftijdsgroepen (tabel 3).

De categorieën 'baarmoederverwijdering' en 'zwanerschap', aangekruist op de antwoordkaart als reden voor niet-deelname, vertonen een voor de hand liggende relatie met de leeftijd van de opgeroepen vrouwen. Recente uitstrijkjes (verricht minder dan een jaar geleden) worden meer genoemd naarmate men jonger is. Blijkbaar nemen jongere vrouwen eerder het initiatief tot het vragen om een uitstrijkje dan hun oudere seksegenoten.

tabel 2

Cytologische einddiagnose van het uitstrijkje door het laboratorium volgens het classificatiesysteem van Papanicolaou (Pap-klasse)<sup>a)</sup>. Den Haag 1996.

Klasse	Omschrijving	Aantal	(Waarvan 'sleepnet')	%
0	Onvoldoende kwaliteit voor betrouwbare diagnose	71		0,5
1	Geen afwijkingen	14.706	(401)	94,3
2	Atypische plaveiselcellen (atypische squameuze metaplasie; reparatiereactie; licht afwijkend cilindrisch epitheel)	569	(13)	3,7
3A	Geringe dysplasie (matige dysplasie; matig afwijkend cilindrisch epitheel)	167	(5)	1,1
3B	Geringe dysplasie (ernstige dysplasie; sterk afwijkend cilindrisch epitheel)	41	(1)	0,3
4	Carcinoma in situ (adenocarcinoma in situ)	14	(3)	0,1
5	Micro-invasief carcinoom (invasief carcinoom)	1		0
	Totaal	15.569	(423)	100

a) Gedurende 1997 en 1998 zal landelijk de Pap-classificatie worden vervangen door de KOPAC-B systematiek.

### Voorlichtingsactiviteiten

In 1996 zijn diverse voorlichtingsacties ondernomen. Zo is er een leaflet vervaardigd in de Marokkaanse en Turkse taal die in die postcodegebieden werd verspreid waar het aantal buitenlanders bovengemiddeld is. 'Migrantenvoorlichtsters' hebben het onderwerp opgenomen in de programmering van hun voorlichtingsacties in de centrumwijken.

In 1996 verscheen maandelijks in de Haagse Courant en de Posthoorn een advertentie, waarin werd vermeld welke geboortejaren in de maand na verschij-

ningsdatum zouden worden uitgenodigd. In deze advertentie werd tevens informatie gegeven over het uitnodigingsschema van het bevolkingsonderzoek borstkanker.

Ook werd waar mogelijk gebruik gemaakt van 'free-publicity'.

Huisartsen en huisartsassistenten werden vanaf de start van het bevolkingsonderzoek met regelmaat geïnformeerd over nieuwe ontwikkelingen in het bevolkingsonderzoek. Ook de Thuiszorg is als be-

tabel 3

Kritische Pap-klasse<sup>b)</sup> naar leeftijd. Den Haag 1996.

Leeftijd	Aantal	3A Abs.	3A %	3B Abs.	3B %	4/5 Abs.	4/5 %	Totaal Abs.	Totaal %
30-34 jaar	2.993	48	1,6	11	0,4	3	0,1	62	2,1
35-39 jaar	2.820	33	1,2	7	0,2	2	0,07	42	1,5
40-44 jaar	3.754	46	1,2	9	0,2	2	0,06	57	1,5
45-49 jaar	3.458	31	0,9	9	0,3	7	0,2	47	1,4
50-54 jaar	1.258	5	0,4	1	0,1	1	0,07	7	0,6
55-60 jaar	1.286	4	0,3	4	0,3	0	0	8	0,6
Totaal	15.569	167	1,1	41	0,3	15	0,09	223	1,5

b) Voor omschrijving zie tabel 2.

langrijke intermediair benaderd met informatiemateriaal.

In 1996 zijn door Hagenaars 2.042 vragen gesteld bij de informatielijn. Hiervan hadden er 345 betrekking op het verkrijgen van meer informatie over 'vangnetartsen'. De informatielijn heeft een belangrijke signaalwaarde en maakt het mogelijk de voorlichting, maar ook de opzet van het bobmhk in algemene zin, te optimaliseren.

### Bespreking

Het doorgronden van de achtergronden van de relatief lage deelname/responscijfers voor Den Haag zou verklarende onderzoeken vergen, waarbij de effecten van demografische, sociaal-culturele en medische (baarmoederverwijderingen en dergelijke) aspecten in acht zouden moeten worden genomen. Uit de gepresenteerde cijfers blijkt in ieder geval, dat het samengaan van een lage deelname en een lage antwoordkaartrespons geconcentreerd en frequent voorkomt in wijken als de Schildersbuurt en het Transvaalkwartier (figuur 1). Het ligt in de rede om te veronderstellen, dat gedragspatronen met betrekking tot gezondheid, bestaande cultuurverschillen en taalbarrières in de achterstandsgebieden in grote steden voor een belangrijk deel de achtergrond vormen van de aangetroffen lagere deelname/respons aan het bobmhk aldaar.

Grosso modo kan voor de deelname/respons in het bobmhk winst worden behaald door met name de aandacht te richten op verbeteringen in de achterstandsgebieden in Den Haag zoals:

- het ontwikkelen en realiseren van effectieve strategieën van voorlichting (onder andere gericht op allochtonen);
- het ontwikkelen van effectieve strategieën om vrouwen alsnog te motiveren deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek;
- het extra onder de aandacht brengen van het bestaan van de informatielijn;
- het aanwijzen van speciale vangnetartsen;
- het intensiever betrekken van de huisartsen bij het uitnodigingsproces;
- het (mede) laten verrichten van de onderzoeken door de doktersassistenten en/of praktijkverpleegkundigen.

Deze punten wijzen op de noodzaak om, in het kader van het bereikbaar maken van nieuwe preventieve mogelijkheden zoals het bobmhk, veel te investeren in de versterking van de huisartsenzorg en meer

algemeen in de extramurale gezondheidszorg in achterstandsgebieden in Den Haag.

De bovengenoemde aanbevelingen zullen in het Haagse afstemmingsoverleg, waarin de aanbiedende actoren met betrekking tot het bevolkingsonderzoek zijn vertegenwoordigd, worden besproken. Waar mogelijk zullen initiatieven worden ondernomen om de kwaliteit van het geleverde werk en de participatie en antwoordkaartrespons te maximaliseren.

Hierbij dient te worden benadrukt, dat reeds veel is geïnvesteerd in voorlichting, met name in gebieden waar sociaal zwakkeren en allochtonen wonen. Het versterken van het gezondheidsbewustzijn is zoals bekend een proces van lange adem, waarbij voortdurend naar nieuwe wegen van voorlichting en educatie dient te worden gezocht.

Verder is duidelijk, dat in de categorie 'overige' van de antwoordkaart (1.616 vrouwen) nog winst kan worden behaald. In deze groep zitten immers de vrouwen, die nog geen weet hebben dan wel niet overtuigd zijn van het belang van deelname.

Recent uitgestreken vrouwen waren in 1996 weliswaar geen onderdeel van de doelgroep; het betrekken van deze groep in de cijfers biedt evenwel een vollediger zicht op de controlegraad <sup>2)</sup> van de doelgroep vrouwen.

In overleg met de huisartsen en de DHV wordt gewerkt aan een intensievere betrokkenheid van huisartsen bij dit onderdeel van de extramurale (preventieve) zorg. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van het (herhaald) uitnodigen van vrouwen, maar ook ten aanzien van het stimuleren van het laten maken van uitstrijkjes door doktersassistenten of praktijkverpleegkundigen. Voor het bewerkstelligen van een goede systematiek bij de herhaaloproepen is een geautomatiseerde huisartspraktijk echter voorwaarde. Veel huisartspraktijken in Den Haag zijn nog niet (voldoende) geautomatiseerd. Aangenomen wordt, dat in 1997 bij een goed gestructureerde aanpak vanwege herhaaloproepen ten minste een winst van 6% moet kunnen worden gehaald.

<sup>2)</sup> *Controlegraad: het percentage vrouwen in de doelgroep dat recent een uitstrijkje heeft laten maken en waarvan bij de SKPW bekend is dat recent een uitstrijkje heeft plaatsgevonden dan wel geen baarmoederhals meer aanwezig is.*

Deze accenten op de rol van de huisarts weerspiegelen een tendens, die ook op regionaal en landelijk niveau duidelijk waarneembaar is. In het kader van de modernisering van de extramurale zorg en de ontwikkeling van de poortwachtersfunctie komen diverse nieuwe curatieve en preventieve functies binnen het bereik van de huisartsenzorg te liggen. De onderhavige preventieve functie is er een van.

### *Slot*

Het bobmhk verloopt in de gemeente Den Haag gezien de aanvangsfase naar verwachting. Het loopt wat de participatie betreft enigszins achter bij de overige gemeenten in noordelijk Zuid-Holland. Maar dat is grotendeels te verklaren door het grootstedelijke karakter van de Haagse samenleving, dat samen gaat met voor achterstandsgroepen specifiek gezondheidsgedrag en een beperktere (culturele) bereikbaarheid van de gezondheidszorg.

Dat het bobmhk na anderhalf jaar al volledig in werking is, is vooral te danken aan de inzet en betrokkenheid van alle partijen (IKW/SKPW, DHV, huisartsen, pathologen, gynaecologen en de GGD). De wijzigingen in de opzet van het bevolkingsonderzoek (doelgroep, oproepfrequentie) zijn tot stand gebracht. Het blijkt dat de doelgroep goed is geïnformeerd over de verandering van de leeftijdsgrenzen (30 tot en met 60 jaar) en de verandering van het interval (vijf jaar).

---

# Over vervuiling en (zelf)verwaarlozing

## *Hygiënische probleemsituaties in Den Haag 1993-1996*

*J. de Bruin, Mw. M. Bakker-van der Knaap en W.J. Schudel*

**De regelmatig in de krant terugkerende foto is bekend: de politie probeert zich na klachten over stank en ongedierte een weg te banen door een zwijnenstal waar een buurtgenoot huist. De bewoner heeft een psychiatrisch probleem, is verslaafd of heeft een huisdierenhobby uit de hand laten lopen. Of er is sprake van alle drie. Sinds 1990 doet de GGD structureel iets aan 'hygiënische probleemsituaties'. Onderzoek over de periode 1993 tot 1996 laat echter geen daling van het aantal gevallen zien. Ze zijn hardnekkig, steeds meer een gevolg van psychiatrische of verslavingsproblematiek en in onze geïndividualistische maatschappij gaan ze verscholen in 'een zekere anonimiteit'.**

'Hygiënische probleemsituaties' ontstaan wanneer mensen zichzelf en hun directe omgeving zodanig verwaarlozen dat dit leidt tot gevaar voor de gezondheid van henzelf en/of van anderen. Een hygiënische probleemsituatie geeft meestal veel overlast voor de omwonenden. Achter de vervuiling kan psychiatrische problematiek of een verslaving schuilgaan waardoor betrokkene zijn of haar overlastgevende gedrag niet wil of kan bijstellen. Soms betreft het ook een uit de hand gelopen dierenliefhebberij. Daarnaast kan een combinatie van lichamelijke achteruitgang en sociaal isolement een vruchtbare bodem vormen voor een steeds toenemende vervuiling.

Vanuit verschillende disciplines wordt aan deze groep mensen hulp verleend. Sinds 1990 wordt deze multidisciplinaire zorg in Den Haag op elkaar afgestemd door de coördinator 'hygiënische probleemsituaties' van de GGD. De werkwijze van deze coördinator werd in een eerdere bijdrage aan dit bulletin (1) beschreven en met cases geïllustreerd. Ook is in dit tijdschrift verslag gedaan van de gevallen die zich in de eerste twee jaar (1991-1992), na de instelling van deze coördinatiefunctie, voordeden (2). In dit artikel wordt gerapporteerd over de hygiënische probleemsituaties die zich gedurende de periode 1993 - 1996 hebben voorgedaan (2). Hiertoe is de informatie op de meldformulieren, die bij iedere

---

*Over de auteurs:*

*Drs. J. de Bruin, student geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, Mw. M. Bakker-van der Knaap, coördinator hygiënische probleemsituaties, werkzaam bij de productgroep Algemene Gezondheidszorg, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn in Den Haag en Prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam.*



nieuwe cliënt door de coördinator hygiënische probleemsituaties of haar vervanger worden ingevuld, aan een nadere analyse onderworpen. Dit met het doel beter inzicht te krijgen in de karakteristieken van de personen die hygiënisch probleemgedrag vertonen en in de aard van de probleemsituatie zelf. Als regel wordt het meldformulier ingevuld in de directe hulpverleningssituatie na onderzoek ter plaatse. Het vraagt heel wat doorzettingsvermogen alle gegevens zo goed mogelijk te verzamelen. Soms worden dan ook cliëntgegevens gemist. Daarbij is enige subjectiviteit van de hulpverlener bij het invullen niet uit te sluiten, bijvoorbeeld bij de beoordeling van de vervuilingsgraad: wat heet 'vuil' in deze context.

### Epidemiologie

In de periode 1 januari 1993 - 31 december 1996 kwamen bij het meldpunt voor hygiënische probleemsituaties in totaal 490 meldingen binnen (waaronder recidivisten). In de opeenvolgende jaren bedroegen de aantallen respectievelijk 114, 125, 117 en 134. Per week betekent dit een gemiddelde van twee à drie meldingen.

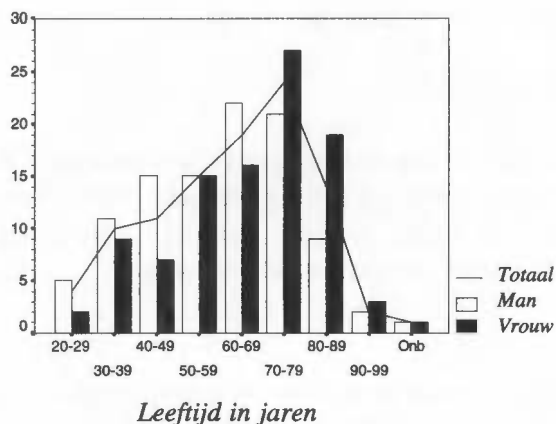
Het aantal meldingen over mannen of vrouwen was vrijwel gelijk: 246 mannen en 244 vrouwen. Dit is in overeenstemming met het resultaat van eerder onderzoek in Den Haag (2).

De leeftijdsverdeling laat een oververtegenwoordiging

### figuur 1

*Hygiënische probleemsituaties. Procentuele verdeling naar leeftijd en geslacht van aangemelde personen. Den Haag 1993-1996.*

Aantal



### tabel 1

*Hygiënische probleemsituaties. Leeftijdsverdeling van de aangemelde personen in absolute aantallen en per 10.000 inwoners voor mannen en vrouwen. Den Haag 1993-1996.*

Leeftijd in jaren	Aant <sup>a)</sup> Man	Aantal per 10.000 inw.	Aant <sup>a)</sup> Vrw.	Aantal per 10.000 inw.
20-29 jr.	12	0,8	6	0,4
30-39 jr.	26	1,7	22	1,6
40-49 jr.	36	2,9	17	1,5
50-59 jr.	38	4,5	37	4,4
60-69 jr.	55	8,1	38	4,4
70-79 jr.	52	9,6	67	7,3
80-89 jr.	21	9,5	46	8,2
90 jr.	4	17,9	8	8,2
e.o.				
Totaal	244	3,6	241	3,3

<sup>a)</sup> Excl. vijf onbekende (twee mannen en drie vrouwen).

ging van ouderen zien met de meeste meldingen in de groep 70-79-jarigen (figuur 1). Overeenkomstig de samenstelling van de bevolking zien we in de drie oudste leeftijdsklassen meer vrouwen.

Wanneer we de aanmeldingen per leeftijdsgroep relateren aan de bevolkingsomvang dan zien we eveneens duidelijk meer aanmeldingen in de oudere leeftijdsgroepen (tabel 1). Zowel bij de mannen als bij de vrouwen neemt het aantal aanmeldingen per 10.000 inwoners gestaag toe met de leeftijd.

Gevallen van vervuiling doen zich overal in de stad Den Haag voor. Het aantal meldingen is het hoogst in de stadsdelen Centrum (133) en Escamp (120). Na correctie voor het aantal woningen blijken uit de stadsdelen Centrum en Segbroek relatief de meeste vervuilde situaties te worden gemeld. Er bestaat een verband tussen de zogenaamde 'achterstandscore' van wijken in een stadsdeel en het aantal meldingen vanuit dat stadsdeel: in wijken met een grote achterstand worden meer hygiënische probleemsituaties gemeld, zoals het geval is in de stadsdelen Centrum en Escamp.

De burgerlijke staat van betrokkene en het gegeven of deze al dan niet alleen woonde kon bij veel meldingen niet worden vastgesteld (38% onbekend). Onder degenen waarbij dit wel kon bleek het percen-

tage niet-alleenstaanden (gehuwden en samenwonenden) gering, namelijk 14%. De ervaring dat veel alleenstaanden vervuilen, benadrukt het sociale isolement in de doelgroep.

*Casus A betreft een 63-jarige vrouw met schizofrenie die éénhoog een driekamerwoning bewoont. Betrokkene werd door de rayonagent aangemeld omdat de burens klaagden over lawaai 's nachts, stankoverlast en brandgevaar. We troffen mevrouw A. in een zeer agressieve en achterdochtige toestand aan. Het huis was extreem vervuild, vooral de keuken was smerig. In de slaapkamer lagen bergen vuile kleding. Mevrouw had zichzelf ook ernstig verwaarloosd en stonk. Ze kwam nog wel buiten voor de boodschappen en zwierf regelmatig door de stad.*

*Omdat mevrouw A. een lange psychiatrische voorgeschiedenis met diverse opnamen heeft, werd de RIAGG ingeschakeld. Opname met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling schatte de psychiater als niet mogelijk in. Mevrouw gaf geen toestemming voor de schoonmaak van haar woning. De inspecteur van Bouwen en Wonen vond het niet ernstig genoeg om aan te schrijven. Naar aanleiding van een brand die ontstond omdat mevrouw in bed rookte werd ze alsnog met een rechterlijke machtiging opgenomen.*

*Omdat ze na enige tijd uit het psychiatrische ziekenhuis weg wilde gaf ze toestemming voor een schoonmaak. Betaling was geen probleem, mevrouw is bemiddeld. Inmiddels is er een vrijwilliger van het project 'Over de Drempel' bij haar geïntroduceerd; dit lijkt te klikken. Samen zijn ze al boodschappen gaan doen vanuit psychiatrisch ziekenhuis Rosenberg. Door medicatie en andere therapieën gaat het iets beter met mevrouw. Na ontslag zal deze vrijwilliger mevrouw iedere week blijven bezoeken.*

Voor de (vermoede) oorzaak van de vervuiling en (zelf)verwaarlozing waren negen mogelijkheden beschikbaar (drugs-, alcoholverslaving, psychische conditie, oorlogssyndroom, asociaal gedrag, eenzaamheid/overleden partner, lichamelijke conditie, verwaarlozing huisdieren en een restgroep). Per cliënt konden maximaal drie oorzaken worden aangegeven.

## tabel 2

*Hygiënische probleemsituatiesnaar graad van vervuiling. Den Haag 1993-1996.*

Graad van vervuiling	Aantal	%
Geen vervuiling	68	14
Dreigende vervuiling	92	19
Erge vervuiling	155	32
Ernstige vervuiling	108	22
Zeer ernstige vervuiling	67	14
Totaal	490	100

Bij maar liefst 67% van de gevallen werd de psychische conditie van betrokkene als (mede) oorzaak van de vervuiling gemeld \*). Bij ruim een kwart speelde asociaal gedrag een rol. In dezelfde mate gold dit ook voor de lichamelijke conditie.

De mate van vervuiling van de hygiënische probleemsituaties zijn onderverdeeld in vijf klassen (tabel 2). In oplopende ernst zijn dit geen, dreigende, erg, ernstig en zeer ernstig vervuilde situaties. 'Geen vervuiling' heeft in de context van de vervuilingproblematiek een andere betekenis dan 'schoon en verzorgd'. Deze formulering houdt in dat de vervuiling nog niet van bedreigende aard is en er dus nog niet tot interventie behoeft te worden overgegaan. Een situatie van dreigende vervuiling kan nogal eens gunstig worden beïnvloed door het inschakelen van de Thuiszorg.

In 36% van de gevallen was er een duidelijke noodzaak tot interventie. Hierbij kan worden gesproken van (zeer) ernstige vervuiling. In de praktijk is wel gebleken dat bijna iedere aangemelde één of andere vorm van hulp nodig heeft.

Bij mannen werd gemiddeld een hogere vervuilinggraad vastgesteld dan bij vrouwen.

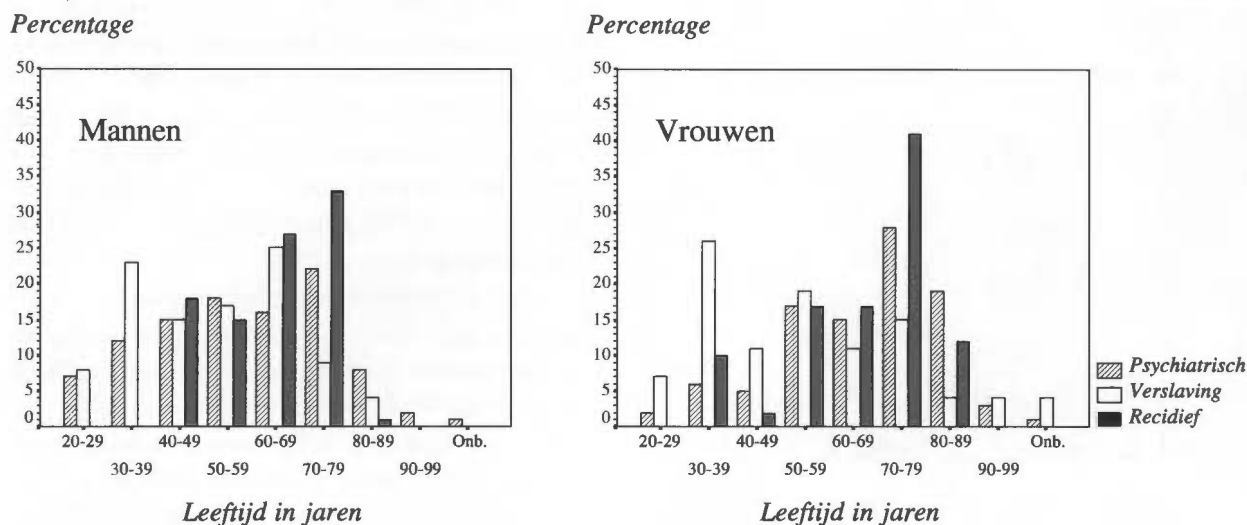
## Deelpopulaties

Mensen die vanwege psychiatrische problematiek of vanwege verslaving in een hygiënische probleemsituatie zijn terecht gekomen bekijken we nu nader; aansluitend bespreken we de recidivisten.

\*) Op het meldformulier wordt alleen van psychiatrische problematiek gesproken wanneer dit door de RIAGG is vastgesteld. Dementie en zwakzinnigheid zijn hierbij inbegrepen. Specifieke diagnoses werden overigens niet op het formulier vermeld.

**figuur 2**

Hygiënische probleemsituaties. Procentuele verdeling naar leeftijd van aangemelde personen met psychiatrische problematiek, met verslavingsproblemen en recidivisten voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1993-1996.

**Psychiatrie**

Het aantal mensen met psychiatrische problemen is toegenomen gedurende de onderzoeksperiode. In 1993 had 56% van de aangemelden psychiatrische problemen; in 1996 73%. Met 328 meldingen in vier jaar is deze problematiek zeer omvangrijk. De leeftijdsverdeling van de mannen en vrouwen uit deze groep wordt weergegeven in figuur 2. De psychiatrische problematiek ziet men bij mannen over alle leeftijdsgroepen verspreid. Vervuiling gerelateerd aan 'psychiatrie' ziet men bij de vrouwen wat meer op hogere leeftijd en wel vanaf vijftig jaar.

In deze deelpopulatie met psychiatrische problematiek was 10% tevens verslaafd aan alcohol en 3% aan drugs.

**Verslaving**

Bij 77 meldingen (16%) werd gewag gemaakt van een verslaving aan vooral alcohol of drugs (60 keer alcoholverslaving en 17 keer drugs). Werde verslaving in 1993 in 13% van de meldingen genoemd, in 1996 was dit gestegen tot 20%. Het zijn vaker mannen dan vrouwen. Bij de mannen zien we veel verslaafden in de leeftijdscategorie 30-69-jarigen (figuur 2). Bij de vrouwen zien we verhoudingsgewijs veel dertigers.

De overlap met de deelpopulatie psychiatrie is aanzienlijk: bij de helft van de verslaafden werd ook psychiatrische problematiek vastgesteld.

*Meneer B. is een zestigjarige, afgeleden heer van stand die een tweekamer-appartement in het souterrain bewoont. Hij heeft een drankprobleem, is achterdochtig heeft een straatfobie en bezit meer dan twintig katten. Meneer is zeer belezen en ging naar de volkshogeschool tot hij te slecht ter been werd door rugklachten. B. werd aangemeld door de zorgbemiddelaar van de Thuiszorg. We troffen meneer in een pikdonker huis met hard spelende televisie aan. Het was er zeer vies; hij gaf toestemming voor een eenmalige bescheiden schoonmaak. De katten wil hij nooit kwijt. Er werd een vrijwilliger van 'Over de Drempel' geïntroduceerd. Dat ging bijzonder goed; ze gingen zelfs samen in de tram naar Scheveningen. B. raakte bijzonder op de vrijwilliger gesteld. Lichamelijk gaat het slecht met hem. Een orthopedisch chirurg heeft een korset laten aanmeten, maar dit draagt meneer niet. De RIAGG interventie wil hij absoluut niet. Hij heeft altijd dezelfde jongen van de Thuiszorg. Als er een kat met jongen is, mag de dierenbescherming deze ophalen en de moeder later gesteriliseerd terug brengen. Het aantal is inmiddels twaalf en mag niet meer worden. Het is donker en vies binnen, maar het kan nog net; de bovenburen vinden het net acceptabel zo.*

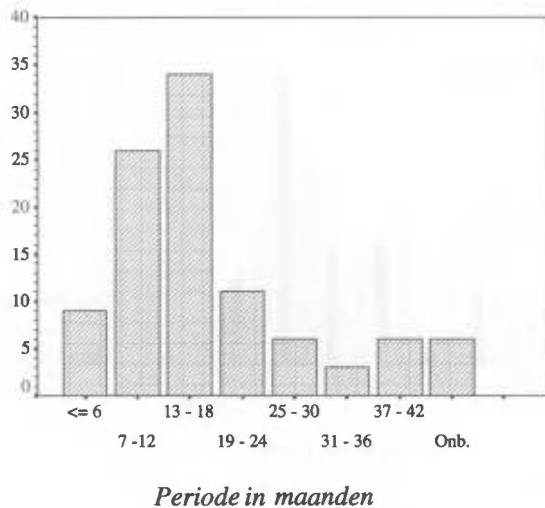
**Recidivisten**

In de periode 1993-1996 werden 35 personen meer

**figuur 3**

*Hygiënische probleemsituaties. Aantal recidivisten naar interval in maanden tussen de aanmeldingen. Den Haag 1993-1996.*

Aantal



dan één keer aangemeld (31 tweemaal en 4 driemaal). In deze groep zijn meer vrouwen dan mannen gezien. De verdeling naar leeftijd en geslacht van deze groep is weer in figuur 2 af te lezen. Bij de mannen zien we geen recidivisten die jonger zijn dan veertig jaar. Bij de vrouwen zien we een opvallende piek bij de 70-79-jarigen.

69% van de personen recidiveerde binnen 18 maanden. Binnen twee jaar was dit 80% (figuur 3). Recidivisten werden vaker (74%) in slechte psychische conditie aangetroffen dan niet-recidivisten (66%). 5% was drugsverslaafd en 11% alcoholverslaafd. Werd bij de tweede aanmelding iets meer psychiatrische problematiek en verslaving gediagnosticeerd, de lichamelijke conditie bleek over het geheel genomen licht verbeterd. De vier personen die binnen de onderzochte periode driemaal werden aangemeld, kampten allen met psychiatrische problematiek.

In de groep recidivisten met een tweede aanmelding is de vervuiling over het geheel genomen enigszins verergerd.

*De 81-jarige meneer C. werd door de rayonagent aangemeld. We gingen samen met de inspecteur van Bouwen en Wonen op huisbezoek. Het huis heeft*

*plafonds die naar beneden komen, schoorstenen die dicht zitten en bedrading die gevaarlijk is. Een klein kamertje wordt verwarmd met een elektrische kachel. Sinds de oorlog is er niets meer aan het huis gedaan. C. woonde hier eerst met z'n ouders, hij voer in die tijd. In de keuken is alleen een koude kraan. Er ligt overal centimeters stof. Meneer heeft zichzelf in geen jaren gewassen. Het bleek al gauw dat C. allerlei instanties voor z'n karretje wil spannen: hij schrijft de prachtigste brieven naar alle instanties: Leger des Heils, AMW, RIAGG, politie, de burgemeester, de directeur van het Westeinde Ziekenhuis, de GGD, de kerk, het Rode Kruis, het Wijk- en Dienstencentrum. Iedereen deed z'n best om te helpen, maar zodra het een cent kost haakt hij af. Ook als er afspraken worden gemaakt houdt hij zich er niet aan en schrijft hij een brief met de mooiste excuses.*

*Volgens de RIAGG is het geheugen nu zo achteruit gegaan, dat het gevaarscriterium geldt in verband met brandgevaaren verwaarlozing. De burens hebben veel last van stank en lawaai. Onvrijwillige opname is echter niet gelukt. Inmiddels heeft meneer zich aangemeld voor een vakantie op de Henri Dunant. Hij mag alleen mee als hij zich wast en verschoont. De coördinator zou hiervoor bemiddelen. Dit is niet gelukt omdat meneer z'n afspraken afzegde of de deur niet open deed.*

*Na twee jaar zijn we nog geen stap verder. Meneer is niet geïsoleerd, want hij weet precies waar hij goedkoop kan eten. Wel wordt hij binnenkort ook daar geweigerd vanwege de stank. Meneer is goed aanspreekbaaren kan leuk vertellen. We vinden het als hulpverleners om hem heen frappant hoe hij ons tegen elkaar uitspeelt. Dit blijft vrijwel zeker een vervolghet verhaal.*

**Tot slot**

In de onderzoeksperiode 1993-1996 kwamen bijna vijfhonderd meldingen van vervuilde situaties binnen.

Na zes jaar gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor hygiënische probleemgevallen blijkt uit deze aantallen meldingen de hardnekkigheid van het vervuilingprobleem: er is geen daling waarneembaar. Bovendien zien we veranderingen in de samenstelling van de populatie die een aanwijzing vormen voor de toename van de ernst van de problematiek. Zo steeg in de loop van de vier jaren het aantal meldingen waarbij psychiatrische problematiek als oorzaak voor de vervuiling werd aangemerkt. Ook

werden alcohol- en drugsverslavingen vaker genoemd.

Het hulpverlenersproject 'Over de Drempel' vormt, mede ter preventie van recidiveren, een goede aanvulling op de professionele hulp, aangezien puur professionele hulp vaak niet haalbaar is of wordt afgewezen (3).

Zorgwekkend is de toename van psychiatrische probleemgevallen. Nadere analyse van individuele gevallen in samenwerking met de RIAGG moet kunnen leiden tot secundaire preventie in de toekomst.

De verslaafden in de populatie vormen een moeilijke groep: bij aanbod van hulp is de bereidheid tot medewerking laag en de neiging tot manipulatie van hulpverleners groot.

Een belangrijke preventieve maatregel ligt in het tijdig doorbreken van het sociale isolement. Hier ligt echter een taak die in de eerste plaats door omstanders (familie, kennissen, omwonenden) zou moeten worden opgepakt. In de geïndividualiseerde maatschappij blijft deze taak grotendeels liggen; de problematiek speelt zich hierdoor af in een zekere anonimiteit.

*Na lang bonken op de deur klonk er geluid uit de woning van de veertigjarige drugsverslaafde D. De agent die D. aanmeldde, maakte de deur open via een gebroken ruit in de deur. Meneer D. lag op de grond in zeer verwaarloosde toestand, maar was nog wel goed aanspreekbaar. Het huis was één gigantische puinhoop; plafonds eraf gerukt, vloeren opengebro-*

*ken, elektrische bedrading losgetrokken. Hier en daar lagen matrassen op de grond. De toestand was niet acceptabel. De burens hadden veel overlast, ook door lekkages. D. heeft in z'n leven alles gebruikt aan alcohol en drugs en heeft ook diverse afkickprogramma's doorlopen. Aanvankelijk leek herstel nog haalbaar; D. wilde graag een vrijwilliger van 'Over de Drempel' om hem bij te staan en te helpen opruimen. Meneer manipuleerde de hulpverleners.*

*De inspecteur van Bouwen en Wonen zou met bestuursdwang ontruimen als D. en de vrijwilliger van 'Over de drempel' het niet zouden klaren. D's moeder bracht drie keer per week eten en gaf hem extra geld. Het AMW zei mevrouw hiermee te stoppen omdat D. opgenomen moest worden en daarvoor een escalatie nodig was. D. kwam geen van de afspraken na. Het huis werd ontsmet en ontruimd (een grote container vol). Vervolgens weigerde D. opname in 'De Weg' van Bloemendaal.*

*Inmiddels is de vrijwilliger gestopt met de hulp en woont D. met nog twee verslaafden. De opname kon niet worden afgedwongen volgens de psychiater die hem beoordeelde. Een mislukte actie, jammer genoeg.*

#### Literatuur:

1. Schudel WJ, Bakker-van der Knaap M. Wat heet vuil?: hygiënische probleemsituaties in de praktijk. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 1: 16-8.
2. Bakker-van der Knaap M, Schudel WJ, Luijendijk C. Over vervuiling en zelfverwaarlozing: hygiënische probleemsituaties in Den Haag 1990-1992. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 3: 25-8.
3. Klazinga M. Project 'Over de Drempel': Vrijwilligers bezoeken mensen in extreem vervuilde woonsituaties en sociaal isolement. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 3: 3-5.

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 29 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd.

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

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het eerste en het derde kwartaal 1997.

Van de 5 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten liepen 2 patiënten hun besmetting op tijdens vakantie in Egypte, 2 patiënten tijdens vakantie in Turkije en 1 patiënt tijdens vakantie in Mexico.

Van de 18 aangegeven hepatitis A-patiënten werden 15 patiënten besmet tijdens familiebezoek in Turkije of Marokko. Van deze 15 patiënten waren 13 tussen de 5 en 14 jaar. Van de overige patiënten werd 1 volwassene besmet tijdens vakantie in Pakistan en bij 2 patiënten bleef de bron onbekend. Geen van de patiënten was gevaccineerd tegen hepatitis A.

Bij de 3 gemelde hepatitis B-patiënten bleef de bron onduidelijk.

Van de 10 aangegeven malaria-patiënten waren 6 patiënten besmet met *Plasmodium falciparum* in respectievelijk Ghana, Nigeria en Oeganda. De overige 4 patiënten waren besmet met *P.vivax* in respectievelijk Sri Lanka en het binnenland van Suriname. Bijna alle patiënten hadden de aanbevolen profylacta te vroeg gestaakt, dan wel helemaal niet ingenomen.

Bij een jongvolwassene werd morbilli vastgesteld. De bron bleef onbekend.

De aangemelde ornithosis-patiënt was mogelijk besmet geraakt door de eigen parkiet.

Er werden 62 pertussis-patiënten gemeld, waarvan de grootste groep (35) in de leeftijd van 5-14 jaar. Bijna alle kinderen waren gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. De andere patiënten kwamen uit elke leeftijdscategorie, waaronder 3 in de leeftijd 50-64 jaar en 2 in de leeftijdsgroep 0-1 jaar. Waarschijnlijk door de toegenomen publiciteit zijn steeds meer huisartsen alert op het aangegeven van pertussis.

Van de 43 gemelde scabies-patiënten hadden 3 patiënten de besmetting opgedaan in Nederland.

De bron van de andere patiënten lag in respectievelijk Turkije, Spanje, Duitsland en Irak. In de meeste gevallen vond de besmetting plaats binnen het gezin.

## Erratum

In het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin wordt op pagina 9 tweemaal gesproken van mantelverzorg(st)ers. Dit is incorrect; de term is mantelzorg(st)ers.

Aan deze rubriek werkten mee:  
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;  
Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);  
Mw. R.A. Wijnbelt;  
K.B. Yap (GGD West-Holland).

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1997 1e kw	1997 2e kw	1997 3e kw	1997 4e kw	1996 t/m 3e kw	1997 t/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	5	6	1		11	12
		morbilli (B)			1		2	1
		(atyp.) pertussis (B)**	40	66	87		18	193
		rubella (B)					1	
		tuberculosis (B)	29	28	16		82	73
		parotitis epidemica (C)			3		2	3
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	19	6	25		49	50
		syfilis prim./sec. (C)	10	1	5		4	16
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	10	5	3		10	18
		HIV- infectie/Aids (1)***	3	1	4		6	8
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	40	30	19		37	89
		dysenteria bacillaris (B)(3)	3	8	7		21	18
huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	42	10	43		106	95	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1	1	1		1	3
		Q-koorts (B)(5)					1	
	insectenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)		5	10		15	15
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
brucellosis (B)(5)								
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)						
	consumptie	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	7	1	3		38	11
		febris typhoidea (A)					2	
		paratyfus B (B)			2		2	2
		botulisme (B)(7)						
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
<b>totaal</b>		<b>206</b>	<b>167</b>	<b>226</b>		<b>402</b>	<b>599</b>	

korte berichten

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

\* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

\*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis

\*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3)

ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddegoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

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

(7) ook wondbesmetting