



epidemiologisch bulletin

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

inhoud

volksgezondheid/Epidemiologie

Tuberculose: een synopsis

De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag

Den Haag, de Hoorn van Afrika en Tuberculose

Dagboek van een sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding

Het Haagse Signaleringsoverleg Zorgwekkende Zorgmijders

Een transmuraal zorgprogramma voor patiënten met schizofrenie

Clëntenparticipatie in de geestelijke gezondheidszorg

korte berichten

***jaargang 34, 1999
nummer 1***

Colofon

Maart 1999
34ste jaargang nr. 1

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag
mw. C.J. Kruijthof, Medisch Centrum Haaglanden,
locatie Westeinde Ziekenhuis
mw. F.L. van Leeuwen, arts
Stichting Thuiszorg Den Haag
mr. H.R. Lingen, Dienst OCW Den Haag
B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
dr. H.G.J. Nijhuis, arts (hoofdredacteur),
Dienst OCW Den Haag
drs. E. Pieters, Parnassia psycho-medisch centrum
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
GGD Den Haag
m.m.v. drs. H. Burger 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: cwburgij@ocw1.denhaag.nl

Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk/Layout

Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen 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.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Volksgezondheid/Epidemiologie

- Tuberculose: een synopsis
J.V. Kuyvenhoven en J. van den Hombergh 1
- De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag
J. van den Hombergh en J.V. Kuyvenhoven 6
- Den Haag, de Hoorn van Afrika en Tuberculose: een epidemiologische verkenning
J. van den Hombergh 9
- Dagboek van een sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding
J. Reijnders 16
- Het Haagse Signaleringsoverleg
Zorgwekkende Zorgmijders
J.L.M. Bakker en H.J.A. Brits 21
- Een transmuraal zorgprogramma voor patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen
M. van der Gaag 25
- De Cliënt als Partner, cliëntenparticipatie in de geestelijke gezondheidszorg
Johanna van Lelyveld 27

Korte berichten

31

Erratum:

Door een omissie is de derde auteur van het artikel 'De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag' t.w. de heer *F. Brandts* niet vermeld.

De correcte weergave en volgorde van de auteurs bij dit artikel moet zijn:

J. van den Hombergh, J.V. Kuyvenhoven en F. Brandts.

Door een technische storing is de toelichting van 'pulmonaal en extra pulmonaal' in de legenda van figuur 4 op pagina 12 slecht leesbaar geworden.

Deze moet zijn: (= twee of meer locaties bij één patiënt).

De redactie

Tuberculose

Een synopsis

J.V. Kuyvenhoven en J. van den Hombergh

Tuberculose was in de vorige en tijdens het begin van deze eeuw de doodsoorzaak bij één op de tien sterfgevallen. Sociaal-economische verbeteringen, de ontdekking van de tuberkelbacil en effectieve medicijnen nadien hebben er in de loop van de jaren vijftig voor gezorgd dat het begrip 'tering' niet langer synoniem was voor een onafzienbaar verblijf in een sanatorium of een onafwendbare dood. Kregen in 1950 nog 145 per 100.000 Nederlanders tuberculose, nu is dat jaarlijks 10 per 100.000. Dat is beter dan in de ons omringende landen.

Resistentie is echter een probleem en een zorgelijk aantal mensen uit risicogroepen brengt tuberculose terug naar Nederland. Screening en 'outbreakmanagement' moeten daarop een antwoord geven.

In de negentiende en het begin van de twintigste eeuw was tuberculose in Nederland een endemische ziekte, die de oorzaak was van zo'n 10% van het totaal aantal sterfgevallen. Parallel aan de verbetering van de sociaal-economische situatie is het aantal ziekte- en sterfgevallen in Nederland sterk gedaald. Ook het beschikbaar komen van effectieve medicijnen in de jaren vijftig heeft hieraan bijgedragen. In grote delen van de wereld vormt de tuberculose echter nog steeds een groot volksgezondheidsprobleem. Vaak ontbreken goede bestrijdingsprogramma's, terwijl de HIV-epidemie in veel landen tot een forse stijging van het aantal tuberculosegevallen leidt door de weerstandsvermindering bij HIV/tuberculose geïnfecteerden. Het drama is dat er een goede en goedkope behandeling tegen tuberculose bestaat. Ook zijn de principes voor het organiseren van een doeltreffend programma bekend. Maar de wil of de middelen ontbreken vaak om deze kennis toe te passen.

Over de auteurs:

J.V. Kuyvenhoven, J. van den Hombergh, beiden artsen tuberculosebestrijding, werkzaam bij de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

Het ziektebeeld tuberculose

Overdracht van tuberculose vindt plaats als bacteriën door een persoon met 'open' longtuberculose worden opgehoest en vervolgens door een ander worden ingeademd. Ze komen in de longen van de 'gastheer' terecht en veroorzaken daar een ontstekingsreactie. Veelal merkt de patiënt niets van deze primaire infectie, waarbij tevens bacteriën door het gehele lichaam worden verspreid. Na vier tot zes weken is de afweer van de gastheer geactiveerd en ontstaat cellulaire immuniteit, hetgeen zich uit in het positief worden van de tuberculinereactie (mantoux-reactie). Van de personen die zo'n primaire infectie doormaken, merkt 90% niets meer nadien. De afweer heeft de infectiehaarden onschadelijk gemaakt.

Vroeg of laat ontstaat echter bij 10% de ziekte tuberculose. Vanuit de primaire haard treedt bij hen verdere vermenigvuldiging van de bacteriën op met doorbraak naar de long (longtuberculose) of naar de bloedbaan. Dit laatste kan leiden tot meningitis of miliaire tuberculose (massale verspreiding van bacteriën door het gehele lichaam).

Ook kunnen, nadat aanvankelijk de ontstekingshaarden door het afweersysteem waren geïnactiveerd, 'slapende' bacteriën actief worden en zich, soms pas tientallen jaren na de infectie, gaan vermenigvuldigen. Veelal gebeurt dit door vermindering van de afweer door onder meer bijkomende ziekten, gebruik van immunosuppressiva, zwangerschap of ouderdom.

Deze vormen van niet-primaire tuberculose kunnen in de long zijn gelokaliseerd, maar ook in vele andere organen, zoals de nier, de botten, de lymfklieren, enzovoort.

Symptomen van (actieve) tuberculose zijn afhanke-

lijk van de lokalisatie. Bij lokalisatie in de longen (70% van de tuberculosepatiënten) heeft de patiënt last van langer bestaande hoestklachten met al dan niet ophoesten van (bloederig) sputum, vermagering, nachtzweeten en algemene malaise. Deze symptomen zijn weinig specifiek en doen eerder aan griep dan aan een ernstige ziekte denken. Dit verklaart waarom de tuberculose vaak pas laat wordt ontdekt, terwijl de ziekte al fors is voortgeschreden. Bij kliertuberculose staat vergroting van de lymfeklier op de voorgrond (bijvoorbeeld een zwelling in de hals), terwijl bij bottuberculose pijn veelal het eerste symptoom is. Bij andere lokalisaties zijn vaak alleen weinig specifieke symptomen aanwezig, zoals in geval van buiktuberculose, tuberculose van de vrouwelijke geslachtsorganen, niertuberculose, enzovoort. Onbehandeld leidt tuberculose in 50% van de gevallen tot de dood, terwijl in 25% van de gevallen een chronische ziekte ontstaat.

Diagnose

Langs twee wegen kan de patiënt met tuberculose in het gezondheidszorgsysteem terecht komen. Het kan zijn dat hij klachten ontwikkelt en door de huisarts naar een longarts of GGD wordt verwezen voor nader onderzoek. Ook kan tijdens screeningsonderzoek het vermoeden op een actieve tuberculose ontstaan, waarna verdere diagnostiek plaatsvindt. Hierbij worden personen zonder klachten onderzocht.

De diagnostiek bestaat in het geval van luchtwegklachten veelal allereerst uit het maken van een röntgenfoto van de longen en het verzamelen van sputum voor onderzoek op mycobacteriën. Bij onderzoek in ziekenhuizen wordt bij het ontbreken van spontaan opgehoest sputum vaak een bronchoscopie gedaan, waarbij de kleinste luchtwegen worden gespoeld om materiaal voor nader onderzoek te verkrijgen.

Sputum of spoelvocht worden microscopisch onderzocht na kleuring volgens Ziehl-Neelsen of na auraminekleuring. Bacteriën kunnen hierbij zichtbaar worden als ze in voldoende aantallen aanwezig zijn. Röntgenonderzoek en microscopisch onderzoek van het sputum kunnen aanwezigheid van tuberculose doen vermoeden; bevestiging gebeurt uiteindelijk door het kweken van sputum/spoelvocht op de voedingsbodem van Löwestein-Jensen, waarna bacteriën van het *M. Tuberculosis complex* worden geïsoleerd. Een nieuwe, zeer gevoelige doch minder spe-

cifieke diagnostische methode is het aantonen van mycobacteriën door de polymerase-kettingreactie (PCR), waarbij de aanwezigheid van geringe hoeveelheden mycobacterieel DNA/RNA wordt aangetoond. Bij twijfel over de diagnose kan deze methode binnen enkele dagen ondersteuning bieden. De definitieve plaats van deze methode in de diagnostiek ligt echter nog niet vast.

Aanvullend onderzoek draagt soms bij tot een goede diagnose, maar negatieve bevindingen sluiten het bestaan van tuberculose zeker niet uit. De bezinking kan verhoogd zijn, maar dit is niet altijd het geval. De mantoux-reactie is vaak positief als uiting van een geactiveerde afweer tegen mycobacteriën. In geval van een ernstige actieve tuberculose kan de mantoux-reactie echter ook negatief zijn. Tevens moet worden gedacht aan het feit dat een BCG-vaccinatie in het verleden vaak leidt tot een positieve uitslag van de mantoux-reactie. Personen van buitenlandse afkomst hebben vaak een BCG-vaccinatie in het verleden gehad, met veelal een aanwezig litteken als bewijs daarvan. Al met al is de waarde van de mantoux-reactie bij de individuele diagnostiek beperkt.

De diagnostiek van vormen van tuberculose buiten de long gelegen is afhankelijk van de toegankelijkheid van de plek waar de haarden worden gezien of vermoed. Halsklieren zijn gemakkelijk te punteren, maar werveltuberculose of buiktuberculose laat zich veel moeilijker benaderen. Niettemin zal altijd worden getracht om de bacterie te isoleren om bewijs van de diagnose te hebben en om na kweek een gevoeligheidsbepaling te kunnen doen. Als de geïsoleerde bacterie ongevoelig is voor één of meer van de gebruikelijke medicijnen, kan zo nodig het behandelingsschema worden gewijzigd.

Screening

Screening op actieve tuberculose vindt routinematig plaats bij risicogroepen voor tuberculose. Als risicogroepen gelden in Nederland bijvoorbeeld nieuwe immigranten en asielzoekers. Screening wordt georganiseerd door GGD-en en gebeurt door middel van röntgenonderzoek van de thorax. Bij aanwezigheid van afwijkingen vindt verdere diagnostiek plaats zoals hierboven is beschreven.

Screening op de aanwezigheid van tuberculose-infecties (bij afwezigheid van actieve tuberculose)

vindt plaats door middel van mantoux-onderzoek. Vooral in een populatie waar in principe geen BCG-vaccinatie wordt gebruikt (zoals de Nederlandse bevolking) is deze methode effectief. Bij contactonderzoek rondom een bron met open tuberculose wordt deze methode gebruikt om personen met een veronderstelde recente tuberculose-infectie op te sporen en aan hen een profylactische behandeling te bieden.

Behandeling

Tegen tuberculose bestaat een effectieve behandeling met medicijnen. Om resistentie-ontwikkeling (zie verder) tegen te gaan, dient een combinatie van medicijnen te worden gegeven. Bij de meeste vormen van tuberculose worden gedurende zes maanden Isoniazide (INH) en Rifampicine voorgeschreven met gedurende de eerste twee maanden tevens Pyrazinamide en Ethambutol. Waar voorheen de behandeling minimaal negen of twaalf maanden duurde spreekt men nu bij dit schema van 'Short course' behandeling.

In bijzondere situaties wordt het schema gewijzigd. Het behandelingschema wordt aangepast als informatie over de resistentie van de bacterie tegen bepaalde medicijnen beschikbaar komt of wanneer een speciale lokalisatie een langduriger behandeling noodzakelijk maakt.

Belangrijk is dat de patiënt dagelijks alle medicijnen op vastgestelde tijden inneemt en niet bepaalde geneesmiddelen achterwege laat. Dit moet voorkomen dat resistentie tegen één of meer middelen ontstaat. De sociaal verpleegkundige van de GGD begeleidt de patiënt hierbij. Bezoek in de thuissituatie vindt plaats om de patiënt te motiveren tot inname van medicijnen en om eventuele risicofactoren in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen die het succesvol innemen van de medicijnkuur zouden kunnen belemmeren.

Wanneer blijkt dat het motiveren door de sociaal verpleegkundige niet het gewenste resultaat heeft, kan in overleg met de patiënt tot een ingrijpender vorm van begeleiding worden besloten: dagelijks gesuperviseerde inname van de medicijnen (Directly Observed Therapy, Short course = DOTS). Deze vorm is zeer intensief en plaatst de patiënt in een meer afhankelijke rol, hetgeen slechts bij een geselecteerde groep patiënten aangewezen en zinvol is.

Epidemiologie

Om de mate van voorkomen van tuberculose in een populatie weer te geven wordt het aantal nieuw ontdekte gevallen per jaar vermeld: de incidentie. Deze wordt gepresenteerd als het aantal in een jaar ontdekte personen met actieve tuberculose per 100.000 inwoners. In Nederland was de incidentie in 1950 nog 145 per 100.000 inwoners. Momenteel bedraagt deze 10 per 100.000. In de meeste van de ons omringende landen bedraagt de incidentie meer dan 15 per 100.000, terwijl voor Midden- en Oost-Europa incidenties tussen de 50 en 100 per 100.000 worden opgegeven.

In het midden van de jaren tachtig is de daling van het aantal tuberculosepatiënten in Nederland tot stilstand gekomen. Sindsdien fluctueert het jaarlijkse aantal nieuwe tuberculosepatiënten tussen de 1.300 en 1.600 gevallen per jaar. Tegenwoordig wordt tuberculose vaker bij personen van buitenlandse herkomst vastgesteld dan bij Nederlanders, hetgeen samenhangt met de veranderende bevolkingssamenstelling in Nederland en het frequenter voorkomen van tuberculose in het land van herkomst van de immigranten.

Een andere maat om de infectiedruk weer te geven is het jaarlijkse risico op infectie (Annual Risk of Infection): de kans om in een jaar met tuberculosebacteriën te worden geïnfecteerd. In hoog-incidentiële landen bedraagt deze vaak 1-2%, in Nederland minder dan 0,01%.

De HIV-epidemie in Afrika en Azië vermindert de weerstand van veel mensen, hetgeen ervoor zorgt dat een latente tuberculose-infectie bij hen gemakkelijk wordt geactiveerd. De kans op tuberculose bedraagt bij de groep HIV/tuberculose-geïnfecteerden 10% per jaar, terwijl het risico voor alleen met tuberculose-geïnfecteerden 10% voor de rest van het leven bedraagt. In veel landen leidt dit tot een stijging van het aantal personen met tuberculose met 50 tot 100%. Dit zorgt voor een enorme belasting van gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen en van de tuberculoseprogramma's in het bijzonder. In Nederland speelt de HIV-epidemie geen rol van betekenis bij het aantal tuberculosepatiënten. Het aantal personen met een co-infectie is gering.

Resistentie

Een andere belangrijke ontwikkeling is de toename van het resistentieprobleem. Door onverstandig gebruik van de medicijnen tegen tuberculose kan resistentie tegen deze middelen ontstaan. Bij gelijktijdige resistentie tegen INH en Rifampicine wordt gesproken van multiresistentie, hetgeen de tuberculose zeer moeilijk behandelbaar maakt. In landen waar Rifampicine vrij in de particuliere sector te koop is (India, Vietnam en dergelijke) wordt dit middel voor allerhande aandoeningen (bijvoorbeeld hoestklachten, geslachtsziekten) verkocht, hetgeen de resistentie-ontwikkeling bevordert. Wereldwijd vindt steeds uitgebreider surveillance van de resistentie plaats. Op grond hiervan lijkt het dat het resistentieprobleem groeiende is.

In Nederland wordt na melding van het tuberculosegeval bij de GGD informatie verzameld en vastgelegd, zowel op het moment van diagnose als na afloop van de behandeling. Deze gegevens worden op landelijk niveau bijeengebracht in de Nederlandse Tuberculose Registratie (NTR). Deze gegevens maken het mogelijk op landelijk niveau surveillance uit te voeren en conclusies te trekken over de effectiviteit van de opsporing en bestrijding in Nederland en over het resultaat van de behandeling.

De bestrijding: screening en outbreakmanagement

De bestrijding van tuberculose in Nederland verloopt langs twee sporen: screening van risicogroepen en het indammen van groepsinfecties rondom personen met actieve tuberculose (outbreakmanagement).

Het doel van screening op tuberculose is vroeger opsporing en behandeling van bronnen van tuberculose. In Nederland zijn risicogroepen voor tuberculose gedefinieerd als groepen waarin een vijf maal hogere incidentie voorkomt dan in de algemene bevolking (dat wil zeggen meer dan 50 gevallen per 100.000 waar in Nederland de incidentie 10 per 100.000 is). Als risicogroepen gelden onder meer nieuw binnenkomende immigranten, aanvragers van asiel, (in sommige steden) druggebruikers, dak- en thuislozen, gedetineerden en zeevarenden.

Het outbreakmanagement kan worden uitgevoerd doordat (long)artsen hun patiënten met tuberculose melden bij de GGD op grond van hun wettelijke plicht (Infectieziektenwet). De afdeling Tuberculo-

sebestrijding komt na een melding in actie om enerzijds de bron van dit tuberculosegeval te identificeren en anderzijds om in geval van open longtuberculose via contactonderzoek de personen op te sporen bij wie reeds een tuberculose-infectie of actieve tuberculose door contact met de bron is ontstaan. Personen met actieve tuberculose krijgen de behandeling met vier medicijnen gedurende zes maanden voorgeschreven, terwijl aan mensen met een tuberculose-infectie zes maanden INH wordt geadviseerd teneinde het overgaan van hun infectie in actieve tuberculose (risico van 10 tot 15%) te voorkomen.

Casemanagement

Een belangrijke opdracht voor GGD-en is het zodanig begeleiden van de patiënten, dat zij hun kuur met medicijnen afmaken. Veel patiënten zijn hiertoe op zichzelf wel gemotiveerd, maar hun oorspronkelijke klachten verminderen en andere klachten ontstaan door bijwerkingen van de medicijnen, hetgeen de motivatie beïnvloedt. Taalproblemen en/of cultuurverschillen kunnen een goede communicatie over het innemen van de medicijnen in de weg staan. Ook kan het leefpatroon (druggebruik, ontbreken van huisvesting, illegaliteit) een geregeld leven en dus een geregelde medicijnname in de weg staan. Bij een aantal patiënten doen zich meerdere problemen voor. De sociaal verpleegkundige van de GGD probeert in overleg met de patiënt en vaak vele instanties de voorwaarden te creëren die een geregelde inname mogelijk te maken. Dit betekent onder meer het regelen van onderdak, van een uitkering of andere vorm van (tijdelijke) inkomsten, het verstrekken van methadon, het leveren van de medicijnen, enzovoort. Nu de tuberculose zich steeds meer terugtrekt in risicogroepen, neemt het aantal patiënten met complexe problematiek toe. Dit geldt zeker in een grote stad als Den Haag, waar combinaties van problemen en probleempatiënten in toenemende mate worden waargenomen.

Toekomstvisie

Het aantal oudere Nederlanders dat in het verleden met mycobacteriën is geïnfecteerd (en daarmee kans op tuberculose hebben) zal geleidelijk verder afnemen. Rondom personen met open longtuberculose zullen zich groepsinfecties blijven voordoen. Soms zullen deze bronnen reizigers zijn die de tuberculose-infectie in hoog-incidentielanden hebben opgelopen.

Bij nieuw instromende migranten en asielzoekers zal tuberculose ontdekt blijven worden, aangezien mondiaal eerder kan worden gesproken van een toename dan van een afname van het tuberculoseprobleem. Een daling van deze instroom wordt momenteel niet voorzien. Ook in de reeds aanwezige migrantenpopulatie zullen regelmatig personen met een open longtuberculose worden gevonden die weer voor verspreiding van de infectie zorgen. Van een sterke reductie van het aantal tuberculosepatiënten in Nederland zal in het komende decennium aldus geen sprake zijn. Wel zal het voorkomen

van tuberculose in bepaalde risicogroepen misschien afnemen, maar groepsinfecties zijn daarmee zeker niet van de baan. De aandacht zal op langere termijn geleidelijk verschuiven van screening van risicogroepen naar het indammen van de groepsinfecties door intensieve contactopsporing rondom patiënten met open longtuberculose. Zolang echter jaarlijks nog vele honderden gevallen van besmettelijke tuberculosepatiënten in Nederland worden vastgesteld, behoeft de huidige strategie niet ingrijpend te worden veranderd.

De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag

J. van den Hombergh en J.V. Kuyvenhoven

De Haagse GGD doet de tuberculosebestrijding voor Den Haag, Leidschendam, Voorburg en Zoetermeer. In 1997 werd in deze regio drie maal zoveel tuberculose vastgesteld als wat landelijk het gemiddelde is. Van de patiënten was 66% van buitenlandse afkomst. Het ging om 24 nationaliteiten, maar daarin 'piekten' de Somalische vluchtelingen. Naar verwachting zal het aantal tuberculose-patiënten de komende jaren binnen constante marges blijven, maar de situatie vereist een effectief screeningsbeleid binnen de risicogroepen.

De tuberculosebestrijding in de regio Den Haag wordt uitgevoerd vanuit de GGD Den Haag ten behoeve van de gemeenten Den Haag, Leidschendam, Voorburg en Zoetermeer. Na de geleidelijke daling tot het eind van de jaren tachtig, fluctueert het jaarlijkse aantal nieuwe tuberculosepatiënten sinds die tijd tussen de 100 en 150 (figuur 1). De patiënten waarbij in 1997 tuberculose werd vastgesteld zijn onderwerp van dit artikel.

Karakteristieken

In 1997 werd bij 131 personen tuberculose vastgesteld. Het grootste deel van hen was woonachtig in Den Haag. In dat jaar bedroeg de incidentie in de regio Den Haag 27 personen met tuberculose per 100.000 inwoners. Dit is bijna drie maal zo hoog dan de landelijke incidentie en iets lager dan die in Amsterdam (respectievelijk: 10 per 100.000 en 32 per 100.000 inwoners aldaar).

Van de tuberculosepatiënten was 66% van buitenlandse afkomst. Ze behoorden tot 24 verschillende nationaliteiten. Verreweg de hoogste incidentie werd

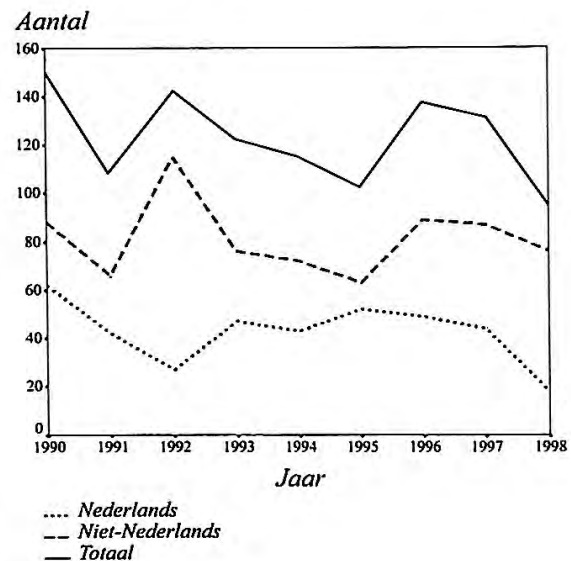
aangetroffen onder Somaliërs (zie het volgende artikel in dit bulletin), gevolgd door de Marokkanen. In deze laatste groep was de incidentie 85 per 100.000. De Turkse bevolkingsgroep liet een incidentie van 37 per 100.000 inwoners zien.

Bij 73% van de patiënten werd longtuberculose vastgesteld. Uitsluitend een extra-pulmonale vorm van tuberculose werd gezien bij 23% van de patiënten.

De diagnose werd in 27% van de gevallen door de GGD gesteld. In de overige gevallen gebeurde dit door een medisch specialist in het ziekenhuis. Bij 74% van de patiënten kon de diagnose door bacteriologisch onderzoek worden bevestigd. Bij elf personen werden bacteriën gekweekt die ongevoelig bleken voor één of meer van de gebruikelijke medi-

figuur 1

Aantal nieuwe tuberculosepatiënten naar Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Regio Den Haag 1990-1998.



Over de auteurs:

J. van den Hombergh, J.V. Kuyvenhoven en F. Brandts, allen artsen tuberculosebestrijding, werkzaam op de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

tabel 1

*Tuberculosepatiënten naar risicogroep.
Regio Den Haag 1997.*

Risicogroep	1997	1996
Immigrant	51	49
Asielzoeker	22	16
Illegaal	6	0
Dak- en thuisloze	0	0
Alcoholverslaafde	3	0
Drugverslaafde	3	3
Gedetineerde	5	1
Werker gezondheidszorg	2	1
Oud-patiënt	1	0
Zeevarende	2	0
Reiziger endemisch gebied	2	1
Totaal risicogroep	97	71
Geen risicogroep	34	67
Totaal	131	138

cijnen ('resistentie') op het moment dat de diagnose werd gesteld. In 1995 was dat bij vier personen en in 1996 bij acht personen het geval. Deze toename in de regio Den Haag zou een weerspiegeling kunnen zijn van het fenomeen dat wereldwijd het resistentieprobleem groeit. Het voorkómen dat zich meer resistente bacteriestammen ontwikkelen (veelal door verkeerd gebruik van geneesmiddelen) met behulp van intensieve begeleiding van patiënten door de sociaal verpleegkundige, is een steeds belangrijker wordende taak in de tuberculosebestrijding (zie het dagboek elders in dit nummer). In 1997 werden drie patiënten begeleid door middel van dagelijks gesuperviseerde inname van de medicijnen (DOT = Directly Observed Therapy) teneinde verzekerd te zijn van de juiste inname van die medicijnen. Daarnaast wordt vanuit de GGD veel aandacht gegeven aan overleg met longartsen in de regio, waarbij aan de hand van actuele patiëntengevallen kennis en ervaring wordt uitgewisseld. Dit draagt bij tot een consistent beleid, waarmee ook het optreden van resistentie kan worden voorkómen.

Risicogroepen

De verdeling over de diverse risicogroepen is weergegeven in tabel 1. Van een risicogroep wordt

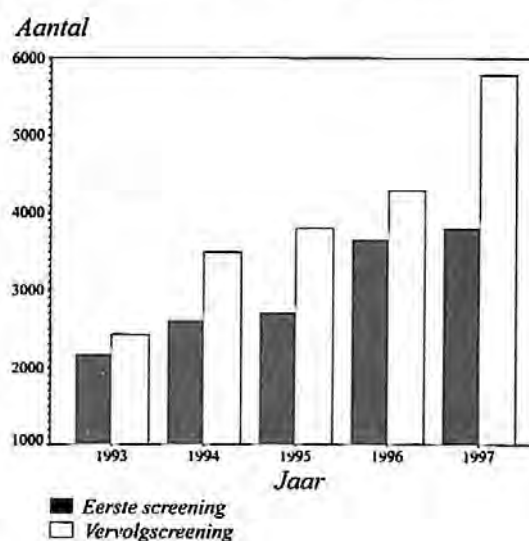
gesproken indien de incidentie in een dergelijke groep vijf maal zo hoog is dan de landelijke incidentie (dat wil zeggen meer dan 50 per 100.000). Tuberculose komt het meest voor in de risicogroepen 'immigranten' en 'asielzoekers'. Het aantal patiënten was bij alle in tabel 1 genoemde risicogroepen in 1997 hoger dan in het jaar daarvoor.

Bij de bestrijding van tuberculose worden de risicogroepen actief benaderd. Zo worden alle nieuwe immigranten bij binnenkomst op grond van de Vreemdelingenwet röntgenologisch onderzocht. Ook asielzoekers worden in de eerste week van hun verblijf in het Opvangcentrum aan de Junostraat in Den Haag gescreend. Dit laatste geldt evenzo voor gedetineerden in de penitentiaire instellingen te Scheveningen en Zoetermeer.

Naast deze vormen van actieve opsporing blijft de mogelijkheid bestaan voor huisartsen om patiënten met een mogelijke verdenking op tuberculose voor een snel onderzoek naar de GGD te verwijzen. Ook voor inwoners van de regio Den Haag zelf, bijvoorbeeld illegalen, bestaat een kosteloze mogelijkheid zich voor hoestklachten of dergelijke te laten onderzoeken. Nu de Koppelingswet van kracht is en illegalen zich niet kunnen verzekeren is deze voorziening van groot belang voor de volksgezondheid. In geval van tuberculose neemt de gemeente Den Haag (i.c. de GGD) de kosten van de behandeling voor haar rekening.

figuur 2

Aantal screeningsonderzoeken op tuberculose naar eerste screening en naar vervolgscreening voor immigranten. Regio Den Haag 1993-1997.



tabel 2

*Tuberculosepatiënten naar behandelingsresultaat en type tuberculose.
Regio Den Haag 1997.*

Behandelingsresultaat	Long	Extra-pulmonaal	Long en Extra-pulmonaal	Totaal
	Aant. (%)	Aant. (%)	Aant. (%)	Aant. (%)
Behandeling voltooid en genezen	75 (83)	25 (92)	10 (77)	110 (85)
Behandeling elders voortgezet	3 (3)			3 (2)
Behandeling afgebroken	4 (5)	1 (4)	2 (15)	7 (5)
Overleden aan tbc of anderzins	8 (9)	1 (4)	1 (8)	10 (8)
Totaal	90 (100)	27 (100)	13 (100)	130 (100)

Screeningsonderzoeken

Het aantal cliëntencontacten met de afdeling tuberculosebestrijding bedroeg in 1997 28.286 (in 1996: 26.948). De stijging wordt veroorzaakt door een toename van het aantal screeningsonderzoeken bij immigranten en bij asielzoekers in het Opvangcentrum aan de Junostraat. Ook nam het aantal longfoto's bij personen in de penitentiaire instellingen in de regio toe. Het aantal bezoekers gerelateerd aan een contact met een tuberculosepatiënt bleef ongeveer gelijk.

De afgelopen vijf jaar namen de aantallen eerste en vervolgscreeningen gestaag toe (figuur 2). Respectievelijk: van 2.180 in 1993 naar 3.809 in 1997; van 2.424 in 1993 naar 5.786 in 1997. In 1997 zien we een sterkere toename van vervolgscreeningen in vergelijking tot 1996. Die wordt voornamelijk veroorzaakt door een grotere opkomst voor vervolgscreening bij immigranten.

Therapietrouw en behandelingsresultaat

Van de patiënten die in 1997 de behandeling begonnen, heeft 85% deze ook afgemaakt (tabel 2). Dit wordt algemeen gezien als een acceptabel niveau. (landelijk in 1996: 82%). De behandeling werd door zeven personen (5%) afgebroken. De overigen zijn overleden (8%) of hebben de behandeling elders voortgezet (2%). De doodsoorzaak van de overleden patiënten is niet per se tuberculose. Bij een aantal patiënten bestond een complex ziektebeeld en was

tuberculose een van de diagnoses. De behandelingsresultaten van de patiëntengroep 1996 in Den Haag lieten vergelijkbare cijfers zien. Opvallend is dat de tuberculosebehandeling bij asielzoekers in 90% van de gevallen tot genezing leidde (1996). Dit is een bovengemiddeld percentage, zeker voor een groep waarvan in het algemeen wordt aangenomen dat behandeling problematisch is.

Deze resultaten zijn in overeenstemming met landelijke cijfers. Het is een behoorlijk resultaat voor een stad met een bovengemiddeld aantal problematische patiënten dat zeker hoger is dan het landelijke gemiddelde. Hierbij is de inzet van de sociaal verpleegkundige van groot belang geweest. Toch blijft er een te groot percentage patiënten, dat de behandeling afbreekt en daarom zullen de inspanningen onverminderd worden voortgezet.

Visie grote stad

De verwachting is dat het aantal tuberculosepatiënten in de regio de komende jaren binnen vrij contante marges zal blijven. Onder meer door immigratie blijven zich besmettelijke gevallen van tuberculose voordoen, hetgeen ervoor zorgt dat het epidemiologische beeld niet voorspelbaar is. Door een actief screeningsbeleid bij risicogroepen voor tuberculose wordt getracht met name de besmettelijke gevallen zo vroeg mogelijk op te sporen, zodat zich zo min mogelijk nieuwe tuberculose-infecties voordoen.

Den Haag, de Hoorn van Afrika en Tuberculose

Een epidemiologische verkenning

J. van den Hombergh

Het aantal gevallen van tuberculose bij Somaliërs in Den Haag is in 1997 verviervoudigd ten opzichte van het jaar daarvoor. De incidentie ligt ruim boven die bij andere niet-Nederlandse bevolkingsgroepen. De komst van de Somaliërs hangt samen met de burgeroorlog die in 1991 uitbrak. Zorgelijk is de hoge resistentie van de bacil bij deze mensen. Verwonderlijk is dat niet, zo leert waarneming in het Afrikaanse land. De huidige situatie in de Somalische gezondheidszorg is ideaal voor een tuberculose-epidemie. Behandelingen worden niet afgemaakt en de controle op de distributie van geneesmiddelen ontbreekt.

Situatie in Den Haag

Over de afgelopen vijf jaar is gebleken dat tuberculose in Den Haag regelmatig wordt vastgesteld bij personen die afkomstig zijn uit Somalië. In 1997 was het aantal aangegeven gevallen zelfs verviervoudigd vergeleken met het jaar daarvoor (van vier gevallen naar zestien gevallen). In 1998 zijn negen gevallen aangegeven. Doordat het aantal Hagenaars van Somalische afkomst vanaf 1994 bekend is, kan vanaf dat jaar het relatieve voorkomen (de incidentie) van tuberculose onder deze bevolkingsgroep met redelijke nauwkeurigheid worden vastgesteld. Het verloop van de incidentie (aantal per 100.000 Somaliërs per jaar) over de jaren 1994-1998 is weergegeven in figuur 1. Vanwege de kleine absolute aantallen wordt

Asha is een meisje van tien dat in 1992 vanuit Somalië, via een vluchtelingenkamp in Kenia, naar Nederland kwam. Toen ze op het spreekuur werd gezien, was ze al een maand niet lekker, hoestte ze en had hoofdpijn. Ze at slecht en verloor ook gewicht. Haar klachten waren begonnen na een bezoek aan een familielid in Zwitserland. Antibiotica hielpen niet en uiteindelijk werd ze door de huisarts verwezen naar de kinderarts. Opname volgde onder verdenking van een pneumonie. Gezien de mogelijkheid van tuberculose werden het sputum en de nuchtere maaginhoud onderzocht. Het sputum was negatief, maar in de maaginhoud werden met Ziehl-Nielsen (ZN) onderzoek tuberculosebacteriën gezien. Twee dagen na opname begon ze met de tuberculosemiddelen Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide en Ethambutol.

Ze knapte snel op, de bezinking daalde en de longfoto verbeterde enigszins. Er werden geen tuberculosebacteriën meer gevonden. Na tien dagen werd ze ontslagen en snel daarna kon ze weer naar school. Thuis werd ze begeleid door de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding van de GGD Den Haag. Een contactonderzoek bracht geen verdere infecties aan het licht en er werden geen aanwijzingen voor de bron gevonden. De kweek liet inmiddels groei van mycobacterium tuberculosis zien.

Drie maanden na opname bleek de tuberculosebacterie ongevoelig voor Isoniazide en Rifampicine. Er kon dus worden gesproken van multiresistentie. Klinisch ging het overigens goed met Asha. De longfoto was verder verbeterd en de bezinking was verder gedaald. Toch werd besloten haar op te nemen voor instelling met extra tuberculosemiddelen. Tijdens deze opname, vier maanden na het begin van de behandeling, bleek het slijm dat ze nog ophoestte onverwacht twee keer ZN-positief. Asha werd geïsoleerd en de tweedelijns-middelen Amikacine en Ciprofloxacine werden aan de behandeling toegevoegd. Na zeven weken was de ZN drie keer (met een week tussenpoos) negatief en kon de isolatie worden opgeheven. De behandeling verliep verder goed. Ontslag volgde en het infuus, waardoor Amikacine werd toegediend, bleef onder de hoede van de thuiszorg goed functioneren.

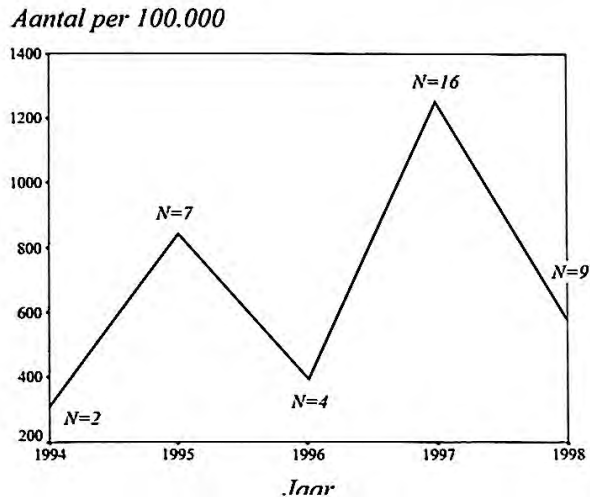
Inmiddels is een jaar verstreken sinds de aanvang van de behandeling. De Amikacine is gestopt. De behandeling wordt nu voortgezet met Ciprofloxacine, Ethambutol, Rifampicine en Isoniazide. Asha maakt het prima en is intussen flink in gewicht aangekomen. Naar verwachting zal de behandeling nog zeker een aantal maanden voortduren.

Over de auteur:

J. van den Hombergh, arts tuberculosebestrijding, werkzaam op de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

figuur 1

Aantal aangegeven tuberculosegevallen onder Somaliërs en de incidentie hiervan per 100.000 persoonsjaren. Den Haag 1994-1998.



de hoogte van dit relatieve voorkomen in belangrijke mate beïnvloed door lichte fluctuaties (één meer of één minder) in gevallen van tuberculose.

De incidentie is hoog (in de orde van 300 tot 1.200 per 100.000 Somaliërs); ruim boven vergelijkbare incidenties bij andere niet-Nederlandse bevolkingsgroepen in de gemeente Den Haag (Marokkanen 85 per 100.000 en Turken 37 per 100.000 per jaar, zie vorig artikel). Opvallend is ook dat veel tuberculose in de lymfklieren is gelokaliseerd en niet in de longen. Vaak is de gekweekte tuberculosestam resistent voor één of meer tuberculosemiddelen. Om inzicht te krijgen in de vraag of deze situatie uniek is voor Den Haag, dan wel een reflectie is van de tuberculosituatie bij Somaliërs in het algemeen, is de situatie in heel Nederland bekeken.

Situatie in Nederland**Demografische ontwikkeling**

In het begin van de jaren negentig heeft zich een snelle stijging voorgedaan van het aantal Somalische immigranten in Nederland. Dit was niet verwonderlijk. Na een steeds verdere verslechtering van de politieke en economische situatie brak in Somalië in 1991 een burgeroorlog uit.

Veel mensen die het onstabiele land waren ontvlucht, meldden zich als asielzoeker in Nederland. Sommigen immigrerden in het kader van familiehereniging en een onbekend aantal verbleef illegaal in Nederland.

Een schatting van het aantal Somaliërs in Nederland is gemaakt met behulp van gegevens van de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND) (1), het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers (COA) (2) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (figuur 2).

In de afgelopen acht jaar is in Nederland een geleidelijke toename te zien van het aantal ingeschrevenen met de Somalische nationaliteit. Sinds 1990 is het aantal Somaliërs in Nederland vertienvoudigd (1990: circa 2.000; 1997: circa 20.000).

De man/vrouw verhouding die aanvankelijk 64/36% was veranderde geleidelijk naar een evenwichtiger verdeling: 1997 59/41%. Het aandeel mannen is echter nog steeds het grootst.

In 1997 woonden in Nederland volgens het CBS ruim 20.000 mensen van Somalische afkomst. Daarvan waren er 19.819 ingeschreven bij de gemeenten. 1.146 personen hadden een tijdelijke verblijfsvergunning en de instroom in dat jaar was 1.397. De totale populatie aan het einde van 1997 kwam daarmee op 22.362 personen.

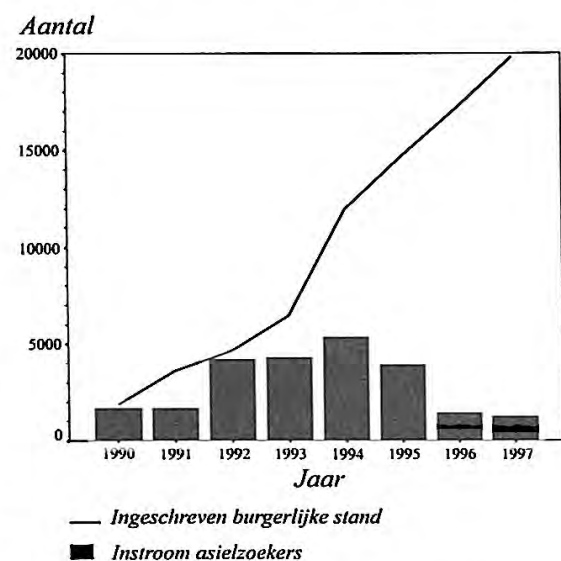
Epidemiologie

Alle migranten die via de IND Nederland binnenkomen worden bij aankomst en vervolgens halfjaar-

figuur 2

Aantal Somaliërs dat is ingeschreven in de burgerlijke stand en het aantal asielzoekers van Somalische afkomst dat instroomt per jaar.

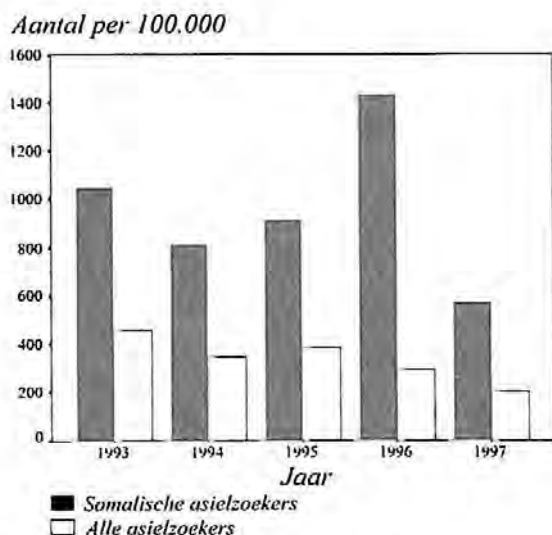
Nederland 1990-1997.



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek en de Immigratie en Naturalisatiedienst.

Figuur 3

Prevalentie van tuberculose (per 100.000 per jaar) bij alle asielzoekers en bij de Somalische asielzoekers op basis van screeningsuitslagen. Nederland 1993-1997.



Bron: Centraalorgaan Opvang Asielzoekers

lijks gedurende twee jaar gescreend op tuberculose, na aanmelding bij het COA of in het kader van de 'Vreemdelingenwet' bij immigratie. Aan deze screeningsgegevens kunnen niet meer dan globale cijfers over de prevalentie van tuberculose worden ontleend. Dit heeft te maken met het feit dat verschijnselen van een extra-pulmonale tuberculose als regel niet worden waargenomen op een thoraxfoto.

De bij screening gevonden prevalentie is onder de Somalische bevolkingsgroep hoog, min of meer consistent en ieder jaar meer dan het dubbele van de gemiddelde tuberculoseprevalentie onder alle asielzoekers (figuur 3).

Ter bepaling van de tuberculose-incidentie onder de Somalische bevolkingsgroep in Nederland zijn de gegevens van de Nationale Tuberculose Registratie (NTR) bewerkt. De NTR rapporteert per jaar het aantal aangegeven gevallen van tuberculose in Nederland en maakt daarbij een onderscheid in nationaliteit (3). Deze getallen worden niet aan populatiegegevens gekoppeld. Om toch een schatting te kunnen maken van de incidentie zijn bevolkingsgegevens van het CBS gebruikt, i.e. die van alle Somaliërs op 1 januari van een jaar die in Nederland stonden ingeschreven.

De teller bestaat uit alle aangegeven tuberculosegevallen in Nederland, behalve de gevallen die bij

tabel 1

Aantal aangegeven tuberculosegevallen onder Somaliërs die niet door middel van screening zijn vastgesteld en de incidentie van de tuberculosegevallen onder Somaliërs per 100.000 persoonsjaren. Nederland 1993-1997.

Jaar	Aant.	Persoonsjaren	Incidentie
1993	111	8.923	1.244
1994	146	13.286	1.099
1995	191	17.306	1.104
1996	182	18.495	984
1997	208	21.119	985

Bron: Nationale Tuberculose Registratie (NTR)

screening van asielzoekers zijn vastgesteld. De aldus berekende incidentiecijfers staan in tabel 1. De incidentie is hoog en ligt sedert 1993 in de orde van 1.000 per 100.000 persoonsjaren.

Bijzondere klinische vormen

Een opvallend fenomeen is een verschuiving in de periodeprevalentie¹⁾ van pulmonale naar extra-pulmonale tuberculose (figuur 4).

Er is een constante stijging in het aantal extra-pulmonaire vormen (hoofdzakelijk kliertuberculose) vergeleken met de pulmonaire vormen. Een duidelijke verklaring hiervoor is nog niet gevonden. Mogelijk hebben de Somalische tuberculose-bacteriën andere eigenschappen (bijvoorbeeld een gewijzigd virulentiepatroon). Het RIVM doet hier momenteel onderzoek naar.

Een zorgwekkende waarneming is verder het hoge percentage resistentie (variërend van 18 tot 27%)

¹⁾ Onder de periodeprevalentie van een ziekte verstaat men het percentage personen dat de ziekte heeft bij de aanvang van een bepaalde periode vermeerderd met het percentage personen dat de ziekte tijdens die periode krijgt.

In dit geval is als periode een kalenderjaar genomen en is gerekend per 100.000 personen. De periodeprevalentie van pulmonale tuberculose bedroeg in 1994 circa 800, hetgeen dus wil zeggen dat het aantal patiënten op 1 januari 1994 plus het aantal in 1994 nieuw gediagnostiseerde patiënten 800 per 100.000 bedraagt.

dat wordt gevonden bij de gevoeligheidsbepalingen van de gevonden stammen (tabel 2). Daarbij vraagt de absolute toename in resistentie tussen 1993 en 1996 eveneens de aandacht. Tussen deze jaren vond bijna een verdubbeling plaats.

In de jaren 1993-1996 is het resistentiepatroon niet ingrijpend veranderd. Het belang van de gevonden resistentie en de relatie hiervan tot de algehele resistentieproblematiek in Nederland is onlangs beschreven (4).

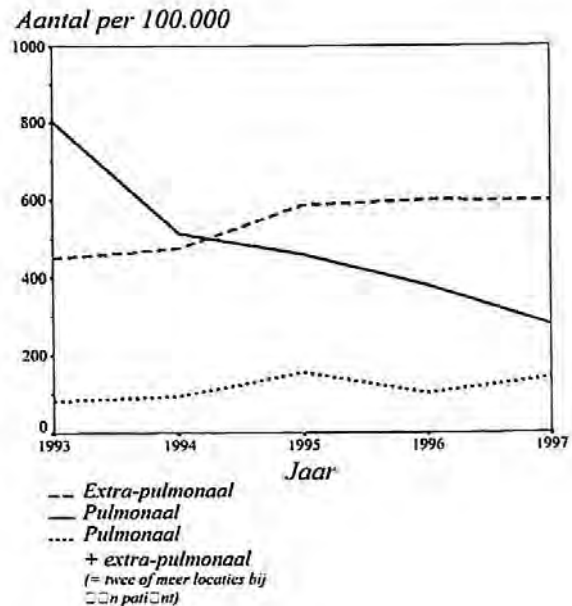
Behandeling en transmissie

De behandelingsresultaten zijn in het algemeen goed. De laatste jaren schommelt het genezingspercentage rond de 80%, terwijl gemiddeld 10% van de patiënten de behandeling afbreekt. Drie kwart van de gevallen waarin de behandeling wordt afgebroken is gebaseerd op het zich onttrekken aan de behandeling.

Over de wijze van transmissie in Nederland is door de DNA-fingerprintbepalingen ²⁾ van het RIVM steeds meer informatie beschikbaar (5). Hiermee is aannemelijk gemaakt dat veruit de meeste gevallen van recente transmissie onder Somaliërs moeten worden toegeschreven aan overdracht door patiënten uit de bevolkingsgroep zelf, terwijl de helft van de

figuur 4

Tuberculose-periodeprevalentie (per 100.000 per jaar) bij Somaliërs uitgesplitst naar locatie van de tuberculose. Nederland 1993-1997.



Bron: Nationale Tuberculose Registratie

²⁾ Met de DNA-fingerprintbepaling kan de tuberculosestam worden gedetermineerd.

tabel 2

Bacteriologie van tuberculose onder Somaliërs. Nederlands 1993-1997.

Bacteriologie	1993	1994	1995	1996	1997
Aantal tuberculosegevallen	151	187	225	202	216
Waarvan bacteriologisch bevestigd (% van totaal)	77 (51)	122 (65)	138 (61)	156 (77)	105 (49)
Aantal gevoeligheidsbepalingen	67	114	122	127	*
Waarvan goede gevoeligheid bij start (% van totaal) ^{a)}	49 (73)	93 (82)	96 (79)	95 (79)	*
Waarvan resistent bij start (% van totaal) ^{b)}	18 (27)	21 (18)	26 (21)	32 (21)	*

Bron: Nationale Tuberculose Registratie (NTR).

* Deze gegevens zijn nog niet beschikbaar.

^{a)} Gevoeligheidsbepaling: methode waarbij voor de desbetreffende tuberculosebacterie wordt vastgesteld of er resistentie is voor één van de gangbare tuberculosemiddelen.

^{b)} Resistentie bij start: het aantal patiënten met kweekpositieve tuberculose, bij wie de bacterie resistent is voor één of meer tuberculosemiddelen.

Nederlandse en andere niet-Nederlandse tuberculosepatiënten de tuberculose hebben opgelopen door contact met een bron uit een andere bevolkingsgroep. Bij clusteronderzoek blijkt dan ook dat er clusters zijn met geen of nauwelijks Somaliërs en clusters met een opvallend hoog percentage Somaliërs. Gedeeltelijk kan dit worden toegeschreven aan hun relatief recente aanwezigheid in Nederland, maar voor een deel zou dit ook verband kunnen houden met een binnen deze bevolkingsgroep bestaande sterke sociaal-culturele samenhang die zich uit in een hoge organisatiegraad en intensief onderling sociaal contact.

Overigens blijken de clustergegevens lang niet altijd te corresponderen met feitelijk gevonden interacties en contacten tussen patiënten van wie de bacteriestam tot één zo'n cluster behoort (6).

Dat Somalië een bijzondere plaats inneemt in de epidemiologie van tuberculose in Nederland is uit het voorafgaande duidelijk. Een verklaring voor alle aspecten is nog niet gevonden. Wel is het aannemelijk dat een groot deel van de transmissie al heeft plaatsgevonden voor aankomst in Nederland. In het tweede deel van dit artikel wordt eerst aandacht besteed aan aspecten van de gezondheidszorg en de leefsituatie in Somalië, gebaseerd op persoonlijke ervaringen in het Garba Harre District, waarna de epidemiologie van tuberculose aldaar wordt beschreven.

Situatie in Somalië

In de jaren tachtig was er net als in andere Afrikaanse landen een dominerende betrokkenheid van internationale organisaties die zich, volgens het gedachtegoed in die periode, voornamelijk met 'primary health care' bezighielden. De curatieve gezondheidszorg werd meer en meer verwaarloosd. Toenemende inflatie en een gestaag dalend moreel onder gezondheidswerkers zorgden tegen het einde van de jaren tachtig voor een ongekend laag niveau van de reguliere gezondheidszorg.

In 1991 brak in Somalië de burgeroorlog uit. Deze heeft zich tot op heden met wisselende intensiteit voortgezet. Na talloze wisselingen van de machts- en gezagsstructuur is in de loop van 1997 de situatie relatief stabiel geworden. Noordelijk Somalië heeft een vorm van centrale regering gehandhaafd, de republiek Somaliland, maar Zuidelijk Somalië is

verdeeld in talloze autonome gebieden, waar nog regelmatig grensconflicten met Ethiopië plaatsvinden.

Door deze situatie is er geen georganiseerde gezondheidszorg in het land. Een veelvoud van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) houdt zich op fragmentarische wijze bezig met gezondheidszorgprogramma's in diverse regio's. Ze worden financieel ondersteund door de belangrijke internationale organisaties zoals de WHO, UNICEF en de EG. De coördinatie van al deze activiteiten vindt hoofdzakelijk in Nairobi plaats. De overkoepelende instantie in Nairobi is de Somali Aid Coordination Body (SACB).

Garba Harre District

Garba Harre is een districtshoofdstad. Memisa ondersteunt hier een district-gezondheidsprogramma. In Nederland was reeds bekend dat het ziekenhuis kampt met te grote aantallen tuberculosepatiënten, waardoor er een tekort aan bedden bestaat. Inmiddels bleek financiële steun te zijn gevraagd om een 'tuberculosedorp' te bouwen, een zogeheten Tuberculose-manyatta.

Het ziekenhuis heeft een goed lopend tuberculoseprogramma, gebaseerd op de WHO-richtlijnen die vóór de burgeroorlog in Somalië zijn geïntroduceerd. Een groot probleem is het grote aantal nomaden met tuberculose, die vaak van ver komen. Ze hebben meestal weinig tot geen geld en zijn gedurende de gehele behandeling van acht maanden voor voedsel en een bed van het ziekenhuis afhankelijk. Dit is een onhoudbare situatie geworden. Om het ziekenhuis enigszins te verlichten is een aantal ronde hutten gebouwd rondom het ziekenhuis, eigenlijk een kleine kraal (manyatta). Per hut staan er vier britsen, voorzien van een klamboe. De wanden zijn van kleine boomstammetjes, die een decimeter uit elkaar staan, dus de ventilatie is meer dan optimaal.

De patiënten of hun familieleden koken in een aparte hut het eten. De ingrediënten komen van het ziekenhuis. Zonder hulp van het World Food Programme had de voedselvoorziening voor tuberculosepatiënten moeten worden gestopt. Dagelijks zijn er zo'n zestig patiënten in de tuberculose-manyatta. De heel ernstige gevallen liggen in het ziekenhuis. Enkelen hebben meer geluk en wonen bij familie of clanleden in het stadje. Ze bezoeken dagelijks het ziekenhuis om onder supervisie hun medicijnen slikken.

Tijdens een bijeenkomst op de polikliniek, die ik bijwoon, hebben zich ongeveer dertig patiënten verzameld. Er wordt een weinig inspirerend lesje afge-stoken over tuberculose en het belang van de afmaken van de behandeling. Zoals vaak bij dit soort voorlichting lijkt niemand te luisteren. Vervolgens komen de patiënten één voor één hun dagelijkse portie pillen nuttigen. Er is een register en een aparte kaart per patiënt. Opvallend veel patiënten zijn met een tweede behandeling, een zogeheten re-treatment bezig. De reden is meestal het niet afmaken van de behandeling, waardoor ze zich wegens een slechte conditie opnieuw melden. Ze hoesten dan weer ZN-positief sputum op. Mogelijk is er dan resistentie ontstaan tegen tuberculosemiddelen. Dit kan echter niet worden aangetoond.

Een kweek bij aanvang van de behandeling wordt niet gedaan. Er is ook geen centrum in het land waar dat kan. De tuberculosecoördinator van het ziekenhuis blijkt een ware meester in het reproducere van gegevens van patiënten met behulp van het onregelmatig bijgehouden register, de patiëntenkaarten (die hier en daar door knaagdieren zijn aangevreten) en zijn feilloos geheugen. De tuberculostatika worden door de WHO verstrekt en zijn gratis.

In de paar medicijnwinkels die het stadje rijk is, zijn de tuberculostatika ook te verkrijgen. Deze zijn eveneens van de WHO afkomstig. Er moet wel voor worden betaald. Veel patiënten zien erg op tegen de langdurige behandeling in het ziekenhuis en kopen wat pillen in de winkel; de hoeveelheid hangt een beetje af van hun budget. De coördinator stelt dat veel mensen maar één soort middel nemen en dan vaak ook nog veel te kort. Sommigen komen dan uiteindelijk toch bij hem terecht. Vaak ontkennen ze eerder medicijnen te hebben gebruikt. Meestal vist hij het toch uit en begint hij re-treatment, behandeling met vijf middelen, omdat resistentie niet uit te sluiten is. Maar veel van hen komen nooit naar een ziekenhuis, ze zwerven van de ene sub-clan naar de andere, worden soms een beetje beter of ze gaan dood. Hij vindt het moeilijk patiënten terug te sturen naar het district waar ze vandaan komen, soms heel ver weg. Er is daar vaak geen operationeel tuberculoseprogramma meer. Om toch meer grip te hebben op deze van ver komende patiënten eist het ziekenhuis nu aan het begin van de behandeling dat de patiënt in ieder geval komt met een gezond familielid of clanlid, die schriftelijk verklaart de dagelijkse begeleiding van de patiënt op zich te nemen totdat

de behandeling is voltooid. Het is een goed gemeen-de poging het grote aantal patiënten dat de behande-ling vroegtijdig afbreekt terug te dringen.

's Middags gaat de mobile clinic naar een hulppost in een afgelegen dorp. Bij het door termieten ernstig aangetaste kliniekje hebben zich veel patiënten verzameld. Op een afstand zie je al een paar jonge mensen met forse klierpakketten in de hals. Een moeder komt haar kind brengen. Het heeft al een paar maanden fistels onder de kaak en is ondervoed. In dit gebied met een zeer lage HIV-prevalentie betreft het in beide gevallen vrijwel zeker tuberculose. Het zal niet worden behandeld. Er zijn niet genoeg medicijnen en extra-pulmonale tuberculose is niet besmettelijk, de patiënten zijn vaak niet ernstig ziek, dus heeft het geen prioriteit.

Een paar hoestende sterk vermagerde patiënten worden verwezen naar het ziekenhuis. Dat is een dag lopen. Met de auto willen ze niet mee, ze moeten eerst voorbereidingen treffen. Of ze er komen is de vraag.

Tuberculosegegevens

Er zijn weinig betrouwbare gegevens voorhanden over de tuberculosesituatie in Somalië.

De laatste officiële gegevens (WHO) dateren van 1993 (7). Momenteel worden door deze organisatie nieuwe gegevens verzameld.

In 1993 was het jaarlijkse infectierisico 3,5%. De totale incidentie van actieve tuberculose was 400 per 100.000. De infectieprevalentie (bepaald door middel van de tuberculine huidtest) onder de totale bevolking was 55%. Deze getallen zijn uiteraard schattingen. Er is weinig reden aan te nemen dat er in de afgelopen vijf jaar veel is verbeterd.

Uit de gegevens van enkele districten met een operationeel tuberculosebestrijdingprogramma en buitenlandse ondersteuning zijn wel recentere schattingen te maken. In Garba Harre wordt de incidentie geschat op 950 per 100.000. Het genezingspercentage van de ziekenhuispatiënten (183 in 1997) is 68%. 17% breekt de behandeling af (8).

In het Luuq District bestaat een intensief begeleid tuberculoseprogramma. De resultaten zijn vergelijkbaar met Garba Harre. Het genezingspercentage is 70%. 16% onderbreekt de behandeling.

In beide plaatsen is de man/vrouw ratio 2:1 (9)(10). Als oorzaak voor deze overrepresentatie van mannen wordt gezegd dat er een sterke culturele barrière voor vrouwen met tuberculoseverschijnselen bestaat

om zich te melden bij een gezondheidspost. Stigmatisering en gevaar voor uitstoting uit de clan zouden hieraan ten grondslag liggen.

De HIV-epidemie die in andere delen van Afrika voor een ongekende stijging van de tuberculose-incidentie zorgt, is zeker niet de onderliggende oorzaak van de hoge tuberculosecijfers in Somalië. Een HIV-survey uitgevoerd in Luuq gaf een HIV-prevalentie van slechts 1% onder alle tuberculosepatiënten (9), dit in tegenstelling tot de prevalenties van 40 tot meer dan 60% gerapporteerd in landen als Tanzania en Malawi.

Er zijn geen gegevens bekend over resistentie. Uit het buurland Ethiopië, waar de tuberculosebestrijdingssituatie enigszins vergelijkbaar is en mogelijk beter wordt georganiseerd dan in Somalië, komen wel enkele aanwijzingen dat resistentie een omvangrijk probleem is. Primaire resistentie (één of meer tuberculostatica) werd aangetoond bij 16% van de positieve kweken (isolaten). Bij isolaten van patiënten die re-treatment kregen wegens recidief of vermoeden van eerdere onafgemaakte behandeling werd 50% resistentie vastgesteld (één of meer tuberculostatica) waarvan 12% multidrugsresistent (11) (12).

Slot

De huidige situatie in de gezondheidszorg is een ideale achtergrond voor een toename van de tuberculose-epidemie in Somalië. Onafgemaakte behandelingen en gebrekkige controle op de distributie van tuberculostatica scheppen uitstekende voorwaarden voor het ontwikkelen van resistentie. Veel Somaliërs zijn voortdurend in beweging en met hen vaak de tuberculosebacterie. Van oorsprong nomaden, zijn ze gewend te migreren, zowel naar andere

Afrikaanse landen als naar het Midden-Oosten. Veel vluchtelingen zijn in Europa terechtgekomen. Als daar de tuberculose manifest wordt is een goede behandeling verzekerd, ook al laat volledige genezing soms lang op zich wachten, zoals bij Asha. Het is voor de tuberculosebestrijding wereldwijd van het allergrootste belang om een goed en praktisch uitvoerbaar programma voor Somalië te realiseren. Dit kan alleen maar in overleg met de huidige politieke machthebbers.

Literatuur:

1. Werken aan evenwicht. Immigratie- en Naturalisatiedienst. Jaarverslag 1996.
2. Tuberculose-screening asielzoekers in opvangcentra. Jaarverslagen 1993-1997. GGD Flevoland/Midden-Brabant.
3. Index Tuberculose KNCV. Nederlands Tuberculose Register 1993-1997. KNCV. Den Haag.
4. Lambregts-van Wezenbeek K. Drug-resistant Tuberculosis in the Netherlands: Trifle or Threat? Thesis University of Amsterdam. 1998.
5. Borgdorff MW e.a. Analysis of Tuberculosis Transmission between Nationalities in the Netherlands in the Period 1993-1995 using DNA Fingerprinting. *Am J Epidemiol* 1998; 147 nr. 2: 187-95.
6. Soolingen D van. Utility of Molecular Epidemiology of Tuberculosis. *Eur Respir J* 1998; 11: 795-7.
7. Sudre P. Tuberculosis Control in Somalia. WHO. 1993.
8. Garba Harre and Bur Dubo District Health Programme. Annual Report 1997.
9. Luuq District Health Programme. Annual Report 1995 and 1996.
10. Sonmer G. Short Course Tuberculosis Chemotherapy in Rural Somalia: a Review of 213 Patients Treated in Luuq District 1994-1995. *East African Med J* 1997; 74 nr. 6: 340-2.
11. Abate G e.a. Drug Resistance in Mycobacterium Tuberculosis Strains Isolated from Retreatment Cases in Pulmonary Tuberculosis in Ethiopia: Susceptibility to First-line and Alternative Drugs. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2 nr. 7: 580-4.
12. Demissie M, Gebeyehu M, Berhane Y. Primary Resistance to Anti-tuberculosis Drugs in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997; 1: 64-7.

Dagboek van een sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding

J. Reijnders

Cynici beweren dat je tegenwoordig beter geïnfecteerd kan zijn met tuberculose dan met een kwade griep. Dat is in zoverre juist, dat de medicamenteuze therapie tegen tuberculose succesvol weliswaar is. Maar de behandeling is ook langdurig en vervelend. Bovendien wordt een grote discipline van de patiënt gevergd. Zeker in de risicogroepen is dat een groot probleem. Verslag van een sociaal verpleegkundige bij de tuberculosebestrijding. Over DOT-patiënten, te kleine kamertjes, een gewijzigde behandeling van een tweejarig kind, hoesthygiëne, problemen met verblijfspapieren, een geïnfecteerde prostituée en een voorraad mondneusmaskers.

Jan Reijnders werkt sinds augustus 1996 bij de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD. Samen met twee collega sociaal verpleegkundigen - Henk Michels en Anja van Rij - worden onder andere huisbezoeken afgelegd bij patiënten met tuberculose en mensen die zijn geïnfecteerd met tuberculose. Dit wordt vooral gedaan in het kader van bron- en contactonderzoek en begeleiding van tuberculosepatiënten onder behandeling. Sinds twee jaar worden ook huisbezoeken afgelegd in de vroege avonduren. Hieraan bleek behoefte te bestaan omdat een deel van de patiëntenpopulatie, in verband met werk of school, zich niet overdag vrij kon maken voor een contact. Het team bestrijkt behalve Den Haag ook de randgemeenten Leidschendam, Voorburg en Zoetermeer. Als thuisbasis dient de GGD Den Haag aan de Thorbeckelaan 360. Daar houden de teamleden spreekuur voor mensen die naar de GGD kunnen en willen komen. Behalve aan individuen geven ze ook voorlichting en informatie aan groepen.

Het dagboek omvat twee - willekeurig gekozen - werkdagen. Het geeft een indruk van de werkzaamheden en gebeurtenissen die zich voordoen in het werk van een sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding, maar is daarin zeker niet uitputtend.

Maandag

Vroeg in de morgen gelijk mijn eerste afspraak. Een 17-jarig meisje zit op mij te wachten. Sinds enige tijd komt ze trouw iedere twee weken bij de GGD op de afdeling tuberculosebestrijding. Ze wordt inmiddels meer dan zes maanden medicamenteus behandeld tegen tuberculose. Haar therapietrouw bleek altijd wel goed, maar ze moest daarbij wel regelmatig flink worden gestimuleerd en ondersteund. Vooral spanningen in de thuissituatie waren (en zijn) daaraan debet. Deze werden steeds 'vertaald' in allerlei klachten, die heel sterk optraden toen, in een eerdere fase, de frequentie van het contact was verlaagd. Meestal zijn een luisterend oor en een enkele positieve opmerking voor haar voldoende om er weer tegenaan te kunnen. Zo ook nu.

De rest van de ochtend is het relatief rustig, zodat ik tijd heb mijn administratie bij te werken. Tussentijds wordt dit regelmatig onderbroken door telefoontjes. De ene keer betreffen ze vragen van personen die al dan niet terecht denken in contact te zijn geweest met iemand met (een besmettelijke vorm van) tuberculose. Zorgvuldige navraag, met inachtneming van de privacy, levert meestal voldoende informatie op om óf de vragensteller gerust te stellen óf om hem/haar uit te nodigen voor een contactonderzoek. Een andere keer is het een patiënt met tuberculose, die problemen ervaart met de medicatie of vragen heeft naar aanleiding van recent gekregen informatie van de behandelend specialist of bedrijfsarts.

Over de auteur:

J. Reijnders, sociaal verpleegkundige werkzaam bij de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.



Ook collega sociaal verpleegkundigen, die elders in Nederland bij de tuberculosebestrijding werken, nemen nogal eens contact op om te informeren naar mogelijke verbanden tussen tuberculosepatiënten waarmee ze te maken hebben en onze patiënten.

Omstreeks 11.00 uur verzamel ik alle benodigdheden voor de afgesproken huisbezoeken. De eerste afspraak is met een DOT-patiënt (Directly Observed Therapy, ofwel het onder toezicht innemen van de medicijnen). Meestal betreft dit iemand die het moeilijk vindt aan de noodzakelijke dagelijkse medicijninname te denken. Met name, maar dat is niet het enige, moet dan worden gedacht aan personen die behoren tot een risicogroep, zoals drugsverslaafden en dak- en thuislozen. Nu betreft het een man, die al voordat de diagnose tuberculose was gesteld, een afkick-programma volgde. Bij aanvang van de medicamenteuze behandeling is in overleg met de behandelaar van de verslavingszorg afgesproken, dat de dagelijkse methadonverstrekking door de sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding zal worden uitgevoerd. Na alle papieren, medicijnen en methadon in de tas te hebben gedaan, ga ik op pad. Gelukkig is het rustig op de weg. Alleen de vele verkeerslichten zorgen voor oponthoud. Soms lijkt het erop, dat deze met een sensor op mijn auto reageren, want meestal springt zo'n licht op oranje als ik nader. Maar omstreeks het afgesproken tijdstip arriveer ik bij de 'DOT-ter'. Hij vertelt een redelijk goed weekeinde te hebben gehad, zonder al te grote problemen. De medicijnen worden, zoals meestal, in snel tempo achter elkaar ingenomen. Na een sociaal praatje wordt de methadon aan hem

overhandigd en vertrek ik naar de volgende afspraak.

Deze is in een koffiehuis. De man heeft weliswaar ergens in de stad een kamertje gehuurd, maar in deze ruimte zou slechts een bed en een kast passen. Reden voor hem om mij niet daar te willen ontvangen. Op de mogelijkheid om dan zelf bij de GGD te komen, heeft hij om een of andere reden nooit willen ingaan. Bij voorgaande contacten liet hij zich altijd vergezellen door een Nederlands sprekende landgenoot, die ook fungeert als een soort raadsman. Zo ook nu, maar het is wel iemand anders dan voorheen. Nadat we aan elkaar zijn voorgesteld en na de gebruikelijke inleidingen, kan de reden voor ons contact worden besproken: het welbevinden van de patiënt, eventuele problemen en de wijze waarop hij met de medicatie omgaat. Ondanks de slechte woon- en leefomstandigheden van deze man wijst alles erop, dat het hem zeker wat de behandeling betreft goed gaat. Eerdere klachten zijn veel minder manifest. Zijn lichaamsgewicht is zichtbaar toegenomen. Zelf brengt hij nog naar voren, dat de voorraad medicijnen niet toereikend is tot de volgende afspraak met de behandelend specialist, wat voor mij een duidelijk signaal is, dat de therapietrouw goed lijkt te zijn. Voor het verkrijgen van een vervolgrecept verwijs ik hem naar zijn huisarts (de huisarts is in principe altijd op de hoogte). Na een afspraak te hebben gemaakt voor een volgend contact en hem nog eens te hebben verteld, dat bij problemen altijd (telefonisch) contact kan worden opgenomen, nemen we afscheid van elkaar.

Het derde bezoek van die dag is bij een tweejarig kind, dat enkele maanden geleden moest starten met de behandeling. Bij een vorig huisbezoek aan haar werd door de moeder aangegeven, dat de eetlust



allengs was afgenomen. Ook de toediening van de voorgeschreven medicijnen leverde steeds meer problemen op. Het kind zelf gaf toen een wat lusteloze indruk. Om mogelijke complicaties voor te zijn, heb ik toen contact opgenomen met de behandelend kinderarts. Dit resulteerde in een afspraak op korte termijn. Nu blijkt, dat na onderzoek door de kinderarts de medicatie is gewijzigd. Sindsdien gaat het allemaal weer een stuk beter. De eetlust is weer goed en het is leuk om te zien hoe actief en vrolijk het kind nu weer speelt. De toediening en inname van de medicijnen geeft nu geen problemen. Ook met de moeder gaat het momenteel redelijk goed. Wat niet steeds het geval is; familie- en relatieproblemen verstoren nogal eens de balans. Vanzelfsprekend kan dit gevolgen hebben voor de dagelijkse zorg voor het kind. Mede met het oog hierop wordt een volgend huisbezoek dan ook op vrij korte termijn gepland.

Omdat in deze buurt nog een andere patiënt woont waarmee het heel moeilijk is een afspraak te maken had ik vanmorgen alvast een kort briefje gemaakt waarin ik een huisbezoek aankondig voor morgenavond. Op grond van eerdere ervaringen is het niet praktisch een dergelijke aankondiging eerder te doen omdat dat meestal wordt vergeten. Aangekomen op dit adres, bel ik voor alle zekerheid nog wel aan. Maar, zoals verwacht, is hij niet thuis of in ieder geval niet aanspreekbaar. Ik doe het briefje in de bus en begeef mij naar het voor vanmiddag laatste huisbezoek.

Maar op dit adres vang ik bot. Ondanks dat, naar mijn weten, de afspraak goed en eenduidig was gemaakt. Ook in deze situatie laat ik een briefje achter, waarin ik meld aan de deur te zijn geweest en het verzoek doe contact met mij op te nemen. Het voordeel is nu wel dat ik nog voldoende tijd heb de bevindingen van de voorgaande huisbezoeken c.q. contacten te noteren in de daarvoor bestemde lijsten. Dus keer ik terug naar de 'basis'. Daar aangekomen blijkt, dat er nog iemand heeft gebeld, die op zo kort mogelijke termijn wil worden teruggebeld. Het is een patiënt die door een collega van mij wordt begeleid. Ze blijkt verhinderd voor het geplande huisbezoek van morgen en meldt zich keurig af. Ik zeg toe dit door te geven. Na aan dit verzoek te hebben voldaan en de administratieve bezigheden te hebben uitgevoerd, is het voor mij tijd de werkzaamheden af te ronden. Wel zoek ik een aantal lijsten op van patiënten waarmee ik vanavond nog een afspraak heb.

Na een onderbreking van ongeveer vier uren ga ik vanuit huis weer op pad. Al na tien minuten ben ik op de plaats van bestemming. Ik bezoek een jonge vrouw, gehuwd en moeder van twee kinderen. Zelf verstaat en spreekt ze slechts een paar woorden Nederlands. Haar man is beter thuis in onze taal. Dat is één reden om 's avonds te komen wanneer haar man thuis is. Maar het feit dat ik een man ben is hiervoor eigenlijk nog doorslaggevend. De inname van de medicijnen verloopt moeizaam. Mevrouw zelf en haar man twifelen aan de eerder gestelde diagnose tuberculose. Daarbij heeft ze na inname van de medicijnen in toenemende mate last van optredende misselijkheid. De eetlust, die al vrij lange tijd erg matig was, is zo mogelijk nog minder geworden. Ook andere, deels ook eerder bestaande klachten treden op. Al met al geen positieve prikkels de noodzakelijke therapie nauwgezet te volgen.

Mede aan de hand van gestelde vragen en opmerkingen geef ik beiden nogmaals informatie over tuberculose en de medicamenteuze behandeling. Ik maak daarbij gebruik van afbeeldingen die ik altijd voor dit doel in mijn tas heb. Helaas is er geen video-recorder in huis om een band af te spelen, waarop informatie wordt gegeven in de eigen taal. Wel zouden ze een apparaat kunnen lenen van een familielid. Reden om de band in bruikleen achter te laten. Verdere actie lijkt vooralsnog niet nodig omdat op korte termijn een vervolgspraak met de behandelend specialist zal plaatsvinden. Wel heb ik mevrouw op het hart gedrukt, alle klachten en ongemakken de specialist te melden. Om het één en ander goed te kunnen blijven volgen, heb ik afgesproken volgende week nog eens langs te komen.

Ik heb nog tijd langs enkele adressen te gaan van personen die herhaaldelijk geen gehoor gaven aan oproepen bij de GGD-arts te komen. Een scala aan oorzaken wordt dan genoemd. Men geeft meestal wel aan alsnog langs te komen, een voornemen dat in de praktijk meestal wel wordt nagekomen. Ook uit deze contacten blijkt dat persoonlijke aandacht belangrijk is. Op de twee adressen waar ik nu langs ga heb ik in zoverre succes, dat bij beide wordt open gedaan. Bij de een is de patiënt zelf aanwezig. Bij de ander doet een huisgenoot open die ik vraag mijn bezoek aan betrokkene te melden. Voor de zekerheid schrijf ik nog een briefje met daarin de reden van mijn bezoek met mijn telefoonnummer en vraag het hem te overhandigen.

Tijd om deze werkdag te beëindigen.

Dinsdag

Samen met mijn twee collega's maken we altijd een weekschema, waarin de dagen zijn aangegeven waarop je in ieder geval 's ochtends op de afdeling werkzaam zult zijn. Hierdoor is tijdens het dagelijkse inloopspreekuur bij de tuberculosebestrijding altijd een verpleegkundige aanwezig. Vandaag ben ik degene, die hiervoor aanspreekbaar is.

Na een rustig begin van de ochtend met 'slechts' wat telefoontjes, wordt ik door 'onze' medisch-technisch medewerker geattendeerd op een flink hoestende mevrouw in de wachtkamer. Alert als men is voor dit soort situaties, heeft deze vrouw al een mond-neusmasker gekregen, een afdoende methode ter voorkoming van mogelijke verspreiding van (tuberkel-) bacteriën. Zeker in een wachtkamer van een afdeling Tuberculosebestrijding is dit zeer gewenst.

Nadat de röntgenfoto is gemaakt en deze is beoordeeld door de arts, wordt de maatregel al gedeeltelijk gelegitimeerd. Er lijkt sprake te zijn van longtuberculose en op grond van de geconstateerde afwijkingen wordt gedacht aan open longtuberculose. Dus 'infectieus', ofwel besmettelijk. Om dit te bevestigen moet nog wel een microscopisch onderzoek worden uitgevoerd. Inmiddels is hiervoor al sputum opgevangen. Daar dit onderzoek toch wel enige tijd in beslag neemt, wordt mevrouw gevraagd in een speciaal daarvoor bestemde ruimte plaats te nemen. Deze ruimte is voorzien van 'onderdruk' en de lucht wordt continu verversd. Er is dan geen noodzaak om het mond-neusmasker te gebruiken. In afwachting van het resultaat van het onderzoek kan mevrouw slechts met een kopje koffie worden 'beziggehouden'. Verbale communicatie blijkt vrijwel onmogelijk en een tijdschrift of iets dergelijks in haar eigen taal is niet voorhanden. Het resultaat van het sputumonderzoek is positief, met andere woorden: open tuberculose. Dit wordt haar door de arts meegedeeld. De volgende stap is dan het zogeheten intakegesprek met de verpleegkundige, i.c. met mij.

Tijdens de intake wordt voorlichting gegeven over de ziekte, de door de arts voorgeschreven medicijnen en (in deze situatie) de te hanteren leef- en omgangsregels. Ook krijgt de juiste hoesthygiëne daarbij de nodige aandacht. Verder neem ik een verpleegkundige anamnese af, waarbij wordt getracht een inschatting te maken van het ziekte-inzicht, de ziektebeleving, de eventuele gezondheidsrisico's en



de mogelijke gevolgen van deze elementen voor de therapietrouw. Als laatste onderdeel wordt het contactonderzoek besproken. Samen met de patiënt ga ik na welke personen eventueel door de patiënt kunnen zijn geïnfecteerd en waar, wanneer en door wie de patiënt zelf is geïnfecteerd. Daar al duidelijk was dat ze geen Nederlands sprak, heb ik een telefonische tolk ingeschakeld.

In het gesprek komt naar voren, dat ze al enige tijd zonder geldige verblijfspapieren in Nederland is en niet voor ziektekosten verzekerd. Door prostitutie voorziet ze zich van inkomsten. Hierdoor beschikt ze wel over woonruimte. Een voor haar direct optredend probleem is dat ze, zolang er sprake is van infectierisico's, uiteraard niet kan werken; hetgeen ook door haarzelf wordt onderkend. Maar geen werk betekent ook geen inkomsten. Wat het onverzekerd zijn betreft kan ik mevrouw geruststellen: de benodigde medicijnen zullen door de GGD worden verstrekt. De financiële consequenties zijn niet direct te overzien. Het enige wat ik haar kan toezeggen is, dat ik een aanvraag zal indienen bij een fonds, dat in soortgelijke situaties, met inachtneming van de nodige zorgvuldigheidseisen, financiële ondersteuning biedt. Om bij een eventuele aanhouding door de (vreemdelingen)politie uitzetting te voorkomen, geef ik haar een brief mee, waarin wordt vermeld, dat mevrouw onder behandeling is van de GGD in verband met tuberculose en wordt geadviseerd de behandeling in Nederland te laten voortzetten. De mogelijkheid zich voor de duur van de behandeling te laten legaliseren, (zodat geen uitzetting dreigt), zal door haar in overweging worden genomen. In verband met het contactonderzoek vraag ik haar nog toestemming voor overleg met medewerkers van het prostitutiebeleid. Die zonder meer door haar wordt gegeven. Als het intakegesprek is afgerond, geef ik haar de

voorgeschreven medicijnen in een weekdoos mee. Voor bezoek van vrienden, kennissen geef ik een voorraad mond-neusmaskers mee. Ten slotte maak ik een afspraak voor een huisbezoek. Gezien de problematische situatie doe ik dat op heel korte termijn: over twee dagen. Daar ik dan zelf afwezig zal zijn, heb ik dit eerst afgestemd met mijn collega. Deze zal de zorg overnemen. Mij realiserend, dat mevrouw met het openbaar vervoer is gekomen, besluit ik om haar met de auto thuis te brengen. Ze is immers infectieus. Na terugkomst op mijn kamer moet alle informatie worden 'uitgewerkt', waaronder ook de gedane toezeggingen omtrent de financiële gevolgen.

Omstreeks 19.00 uur ga ik weer vanuit huis op huisbezoek. Op weg naar het gisteren aangekondigde bezoek. Mijn niet uitgesproken hoop komt uit: de patiënt is thuis. In het recente verleden was dit zeker niet altijd het geval. Zelfs in de periode dat hij nog infectieus was bleek hij dikwijls zijn eigen gang te gaan, alle adviezen, voorwaarden, restricties ten spijt. Zelfs met gedwongen opname werd toen bedreigd (de ultieme mogelijkheid bij infectieuze patiënten, die zich niet willen laten behandelen). Verschillende keren hebben deze omstandigheden mij doen denken aan de wenselijkheid van een hos-

tel-voorziening voor deze categorie patiënten.

Sinds kort is bij hem geen sprake meer van een besmettingsrisico. Wel is de therapietrouw een continue aandachtspunt. Zo goed mogelijk heb ik de nog in voorraad zijnde medicijnen afgezet tegen de aantallen in te nemen tabletten per dag. Volgens deze berekening heeft de jongen nog slechts voor twee dagen medicijnen. Het lijkt bijna te kloppen, 'slechts' één dag verschil. Dat wil zeggen: hij kan nog drie dagen vooruit.

Deze avond is ook zijn vader weer eens aanwezig. Net als tijdens een eerdere ontmoeting bedankt deze mij uitvoerig voor de zorg en de aandacht die ik aan zijn zoon besteed. Als dank heeft hij voor mij in het hiernamaals een plaats dichtbij God in gedachten.

Voor de nodige aanvulling van de nog voorgeschreven medicijnen overhandig ik de jongeman een recept, dat de behandelend specialist op mijn verzoek heeft toegestuurd. Aan het einde van het huisbezoek maak ik met hem de afspraak volgende week samen naar het ziekenhuis te gaan. Hij verzekert mij op de afgesproken tijd aanwezig te zullen zijn. Na ruim een uur keer ik terug naar huis en neem ik nog wat tijdschriften en artikelen over tuberculose door. Waarna ik me overgeef aan meer persoonlijke activiteiten.

Het Haagse Signaleringsoverleg Zorgwekkende Zorgmijders

J.L.M. Bakker en H.J.A. Brits

Psychiatrische instellingen ontslaan hun cliënten als het even kan. Extramuralisering is het motto. Een lang verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis belemmert immers een terugkeer naar het normale leven. Voor langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten is dat een probleem, zeker voor de 'zorgwekkende zorgmijders'. Voor die groep is het 'Signaleringsoverleg' in het leven geroepen. Het monitoren van die groep is van grote betekenis gebleken en duidelijk is inmiddels dat de doelgroep eigenlijk best iets breder mag zijn.

Extramuralisering is een van de belangrijkste ontwikkelingen in de huidige geestelijke gezondheidszorg. Cliënten worden zo snel mogelijk uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen. Anderzijds probeert men opnames te voorkomen door cliënten zorgvuldig te begeleiden in hun dagelijks leven.

Het doel van de extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg is de leefsituatie van de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënt een humaner karakter te geven. Was het psychiatrisch ziekenhuis vroeger een middel om de patiënten te beschermen tegen de samenleving en de samenleving tegen de patiënten, tegenwoordig is men gaan beseffen, dat een lang verblijf in zo'n ziekenhuis de mensen vervreemdt van het leven. Terugkeer in de samenleving wordt dan hoe langer hoe moeilijker.

Aan de andere kant zijn geestelijke gezondheidsproblemen en extramuralisering voor de samenleving minder vreemd en bedreigend geworden door de aandacht die de media er door de jaren heen aan hebben geschonken.

Zo werd het mogelijk de extramurale opvang en begeleiding van langdurig zorgafhankelijke psychia-

trische cliënten althans te overwegen. De realisering vraagt evenwel meer. Wat deze mensen nodig hebben om het hoofd boven water te houden verschilt van geval tot geval. Een netwerk van contacten, vooral ook met de hulpverlening, is essentieel. Maar velen van hen hebben nauwelijks contacten met anderen, ook niet met de hulpverlening. En dan gaat het mis. Ze gaan zichzelf en/of hun huis verwaarlozen en trekken door hun zorgwekkende uiterlijk of hun, als gevolg van hun stoornis, overlastgevende gedrag de aandacht van hun omgeving. Hun leven moet weer helemaal opnieuw op de rails worden gezet.

Dat is geen zaak van gespecialiseerde therapie, maar van goed gecoördineerde samenwerking tussen erbij betrokken instanties. Het Haagse Signaleringsoverleg Zorgwekkende Zorgmijders heeft tot doel zo'n samenwerking te realiseren.

Regiovisie geestelijke gezondheidszorg

Aan het begin van de jaren negentig begon de nieuw aangetreden Haagse wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie met de ontwikkeling van zgn. regiovisies op de verschillende beleidsterreinen van de zorg. Eén van die regiovisies betreft de geestelijke gezondheidszorg. De regiovisies richten zich met name op de meest kwetsbare doelgroepen in de grotestadssamenleving. Geheel conform dit uitgangspunt concentreert de Haagse regiovisie geestelijke gezondheidszorg zich in eerste instantie op de langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten en meer in het bijzonder op de meest problematische subgroep daarbinnen: de *zorgwekkende zorgmijders*. Laatstgenoemden worden gedefinieerd als psychisch gestoorde mensen die duidelijk hulp nodig hebben, maar die hulp om wat voor reden ook noch vragen noch krijgen.

De zorg om deze specifieke doelgroep resulteerde in

Over de auteurs:

J.L.M. Bakker en H.J.A. Brits, beiden werkzaam bij de productgroep Beleid, Subsidies en Projecten, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

het Signaleringsoverleg, een project waarin politie, RIAGG, maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen en gemeente (GGD) samenwerken. Het Signaleringsoverleg kon voortbouwen op enige reeds bestaande overlegsituaties van bij de doelgroep betrokken functionarissen. Eerder is in het Epidemiologisch Bulletin de voorgeschiedenis van het project beschreven (1).

Werkwijze van het Signaleringsoverleg

Nadat de in het Signaleringsoverleg verenigde partners op 1 maart 1996 een samenwerkingsovereenkomst hadden ondertekend, ging het project van start. De gesignaleerde meest problematische cliënten worden besproken in acht signaleringsteams, die met elkaar het gehele grondgebied van de gemeente Den Haag bestrijken. De cliënten worden doorgaans ingebracht door medewerkers van politie of woningbouwverenigingen. De gemeente beheert ten behoeve van het overleg een registratie waarin kenmerken van de cliënten en gemaakte afspraken worden vastgelegd. In de vergadering van het signaleringsteam stellen de teamdeelnemers voor elke cliënt een begeleidingsplan op, dat vervolgens wordt uitgevoerd onder supervisie van een casemanager van RIAGG of maatschappelijk werk.

In december 1997 verscheen de evaluatie over het eerste jaar (1 juli 1996 tot 1 juli 1997) (2).

Op basis van deze evaluatie besloten de samenwerkingspartners in het Signaleringsoverleg het project voort te zetten. De evaluatie leverde de onderbouwing van dit besluit door de acht teams van het Signaleringsoverleg te laten scoren op een twaalftal evaluatiecriteria ¹⁾.

Uitkomsten van de registratie

Inmiddels loopt het Signaleringsoverleg alweer twee en een half jaar. Hierna bespreken we de voornaamste bevindingen van de registratie over de periode juli 1996 tot en met september 1998. Gedurende die periode zijn in totaal 265 zorgwekkende zorgmijders besproken.

De reden waarom cliënten bij het Signaleringsoverleg werden aangemeld, was in iets meer dan de helft van de gevallen (53%) dat ze overlast veroorzaakten in hun buurt. Bij 43% van de cliënten stond hun zorgwekkende toestand voorop en bij twaalf cliënten

(5%) kon worden gesproken van zowel zorgwekkendheid als overlast gevend.

Binnen het geheel van besproken cliënten bleken de *allochtonen* duidelijk ondervertegenwoordigd. Onder de geregistreerden waren 16% allochtonen. (In de Haagse bevolking is 27% allochtoon). Hoe belangrijk de factor *sociaal isolement* is, wordt geïllustreerd door de bevinding, dat verreweg de meeste cliënten (68%) alleenstaand blijken te zijn. Bijna alle cliënten hebben een vast woonadres (94%). In de onderzochte periode zijn dus nauwelijks echte zwervers aangemeld in het Signaleringsoverleg. Kennelijk geeft deze groep zelden aanleiding tot extreme overlast. En voorzover zwervers in echt zorgwekkende toestand verkeerden, konden ze worden opgenomen in het speciaal voor deze groep cliënten bestemde Noodcentrum van de Kessler Stichting.

Bij 12% van de cliënten is *drugsverslaving* geconstateerd. Alcoholverslaving kwam vaker voor: bij 21%.

1) De evaluatiecriteria:

- *Regelmaat waarmee de betrokken instellingen deelnemen aan de vergaderingen van de signaleringsteams. Of ook: zorgvuldigheid waarmee de deelnemers zich houden aan de overeengekomen vervangingsregeling.*
- *Hoeveel signaleringsteams zijn erin geslaagd uit hun eigen midden een voorzitter te benoemen?*
- *In hoeverre slagen de teams erin per casus uit hun midden een casemanager aan te wijzen? En in hoeverre onderneemt de casemanager actie?*
- *Nauwkeurigheid en volledigheid waarmee de registratieformulieren worden ingevuld.*
- *Mate waarin op basis van het bestand van ingevulde registratieformulieren een beleidsmatig relevant resultaat van het Signaleringsoverleg kan worden geformuleerd.*
- *Aantal ingebrachte en besproken casussen. Bijvoorbeeld: ten minste twee per vergadering per signaleringsteam, wat gelijk staat aan een totaal van $2 \times 8 \times 12 = 192$ casussen per jaar.*
- *Aantal opgestelde begeleidingsplannen. Bijvoorbeeld: ten minste één op twee casussen, wat dus neerkomt op 96 begeleidingsplannen per jaar.*
- *Aantal casussen waarin de voor die casussen relevante eindtermen worden bereikt of waarin serieuze stappen zijn gezet op weg naar die eindtermen.*
- *De kwaliteit van het ontwikkelingsproces, dat zich afspeelt binnen de signaleringsteams.*
- *De zorgvuldigheid van de privacybewaking.*
- *De mate waarin hopeloze situaties de aanzet hebben gegeven tot concrete beleidsaanbevelingen.*
- *De kwaliteit van de ondersteuning door de GGD.*

Bij niet minder dan 26% van de cliënten kon worden gesproken van een lichtere of zwaardere graad van *vervuiling*. Een aantal onder hen is ook bekend uit de GGD-registratie van de hygiënische probleemsituaties in de stad. Het is van belang deze registratie in de toekomst te koppelen aan die van het Signaleringsoverleg.

Resultaat van de begeleidingsplannen

In de eerste periode (juli 1996 tot juli 1997) werd nog een onderscheid gemaakt tussen interventies met een duurzaam effect en interventies met een tijdelijk effect. Als duurzame interventies beschouwen we bijvoorbeeld:

- plaatsing in een project begeleid wonen;
- verhuizing naar een aanleunwoning;
- opnemng in een instelling voor maatschappelijke opvang;
- verhuizing met bemiddeling van de woningbouwvereniging;
- regeling van mantelzorg.

Voorbeelden van interventies met een tijdelijk effect:

- begeleiding door RIAGG/Thuiszorg;
- regeling van financiën;
- schoonmaakactie;
- opnemng in een psychiatrisch ziekenhuis.

Inmiddels hebben we dit onderscheid laten vervallen, omdat ervan werd uitgegaan dat als een interventie een gunstig effect heeft, ook al is dat tijdelijk, dat al heel wat is. Duurzaamheid van het interventie-effect is, zeker bij deze cliënten, een irreële pretentie.

In de onderzochte registratieperiode is voor 247 van de 265 cliënten de begeleiding afgesloten.

Bij 147 cliënten (56%) werden interventies gepleegd met een groter of kleiner oplossingseffect. Bij 100 cliënten (38%) werd de begeleiding zonder echte oplossing afgesloten. Een overzicht van de gekozen interventies is weergegeven in tabel 1.

Voor ongeveer de helft van de cliënten werd begeleiding vanuit de zorg ingezet; 15% werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek. Gezien vanuit het extramuraliseringsideaal lijkt opnemng van de cliënt in een psychiatrische of verslavingskliniek geen erg succesvolle interventie. Maar stelt men zich op het standpunt van de sociale omgeving van de cliënt, dan komen de zaken anders

te liggen. Want die sociale omgeving wordt geconfronteerd met een vaak extreme overlast.

Bij het resterende deel bestond de interventie uit een breed arsenaal van mogelijkheden.

De reden om een 'dossier' (voorlopig) te sluiten was in de meeste gevallen gelegen in de omstandigheid dat zich geen nieuwe overlastmeldingen voordeden (59%). Geregeld was ook vertrek/verhuizing reden om geen verdere actie te ondernemen.

Betekenis registratie

De registratie van cliënten van het Signaleringsoverleg was in eerste instantie bedoeld om zicht te krijgen op wat er nodig was aan extra hulpverlening voor de doelgroep van zorgwekkende zorgmijders. Inmiddels is het beleidsmatige belang van een echte monitor op dit terrein onderkend. Daar valt bij aan te tekenen, dat die monitor een wat bredere doelgroep zou moeten bestrijken dan die van de zorgwekkende zorgmijders. Men kan dan bijvoorbeeld denken aan een 'monitor sociaal zwakkeren', waarvan behalve door de registratie van het Signaleringsoverleg tevens wordt bijgedragen door registraties van hygiënische probleemsituaties, van thuislozen, van verslaafden, en andere.

Openbare geestelijke gezondheidszorg

Op 24 juni 1997 publiceerde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar 'Brief over de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)' aan de Tweede Kamer (3). In het algemeen definieert ze OGGZ als 'een geheel van activiteiten op het terrein van de volksgezondheid, dat niet wordt uitgevoerd op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag'. Uit haar brief blijkt, dat de minister de samenwerking van instellingen ten behoeve van de doelgroep van zorgwekkende zorgmijders opvat als de kern van het begrip OGGZ. De minister stelt de Kamer voor de verantwoordelijkheid voor de regie van de OGGZ neer te leggen bij de gemeenten.

Ingevolge dit ministeriële initiatief is de gemeente Den Haag bezig samen met de GGZ en het regionale Zorgkantoor AWBZ de Haagse OGGZ-activiteiten systematisch in kaart te brengen en te voorzien van een heldere organisatiestructuur. In die structuur zal het Signaleringsoverleg een essentiële rol vervullen.

tabel 1

Overzicht aard interventie dan wel reden geen interventie bij zorgwekkende zorgmijders die zijn besproken in het Haags Signaleringsoverleg gedurende de periode juli 1996 - september 1998.

Aard interventie/reden geen interventie	Aantal	%
Interventie gepleegd	147	100
in de vorm van:		
plaatsing in project begeleid wonen	5	3.4
plaatsing in gezinsproject maatschappelijk werk	3	2.0
opneming in psychiatrische of verslavingskliniek	22	14.9
geregelde begeleiding vanuit de zorg	72	48.9
regeling mantelzorg	11	7.5
maken van afspraken na onderhandeling met cliënt	2	1.4
regeling financiën	4	2.7
verhuizing met bemiddeling woningbouwvereniging	10	6.8
opneming in maatschappelijke opvang	5	3.4
opneming in verpleeghuis/verzorgingshuis/aanleunwoning	6	4.1
inschakeling buddies uit vrijwilligersproject	4	2.7
schoonmaakactie	3	2.0
Dossier gesloten zonder interventie	100	100
vanwege:		
geen nieuwe overlastmeldingen	59	59.0
cliënt nergens toe te motiveren	7	7.0
cliënt gedetineerd	8	8.0
cliënt ernstig ziek/overleden	4	4.0
cliënt vertrokken/verhuisd	21	21.0
geen zorgwekkende zorgmijder	1	1.0

Literatuur:

1. Brits HJA. De zorgafhankelijke psychiatrische cliënt. Regiovisie in de praktijk. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 4: 8-11.
2. Het Haagse Signaleringsoverleg: een evaluatie van één jaar intensieve bemoeiing met zorgwekkende zorgmijders. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Den Haag, december 1997.
3. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25424, nr. 2.

Een transmuraal zorgprogramma voor patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen

M. van der Gaag

Schizofrene patiënten hebben ook na hun ontslag uit de instelling een zorgvuldige behandeling en begeleiding nodig die ervoor moet zorgen dat ze niet terugvallen in psychotische episodes. Bijna inherent aan het ziektebeeld is dat ze naar eigen idee nu juist geen behoefte meer hebben aan geneesmiddelen of hulpverleners. Dat heeft in Den Haag geleid tot een transmuraal zorgprogramma, dat in nieuwe werkvormen zorg blijft verlenen. Doel is alle patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen - dat zijn er in Den Haag 1.600 tot 1.800 - voortdurend bij te staan.

Patiënten met schizofrenie hebben in de regel intensieve psycho-medische zorg nodig, omdat de ziekte maakt dat de patiënt - ook na ontslag - kwetsbaar blijft voor psychotische ontregelingen. Het belang aan hen langdurig - profylactisch - anti-psychotische medicatie voor te schrijven wordt inmiddels algemeen onderkend. Maar juist deze groep patiënten blijkt frequent ontrouw te zijn aan gebruik van de voorgeschreven medicatie en aan bezoeken aan hulpverleners. Ze komen thuis de noodzakelijke psycho-sociale zorg tekort. Eén en ander is oorzaak dat bij deze groep patiënten regelmatig terugval optreedt. En ook dat een interventie meestal pas wordt gepleegd wanneer de situatie voor de patiënt en/of voor de omgeving onhoudbaar is geworden. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis is dan in de meeste gevallen onvermijdelijk.

De bestaande behandelings- en begeleidingsvormen voor patiënten met schizofrenie zijn in feite ont-

reikend om de benodigde zorg en ondersteuning te bieden. Dit kan evenzeer worden gezegd van de structuur van de zorg. Het gaat daarbij niet zozeer om betere medicijnen, psychotherapeutische of verpleegkundige werkwijzen, maar om organisatie van de zorg in kleine omvattende zorgeenheden, die de patiënt alle benodigde zorg kunnen leveren. Er is continuïteit van zorg en samenwerking tussen betrokken instellingen nodig. Een persoonlijke aanspreekbaarheid voor de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening kan daarvoor zorgen. Dit besef heeft geleid tot een nieuw transmuraal zorgprogramma in Den Haag voor patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen.

Dit zorgprogramma kent de volgende organisatievorm:

- er is een (mobiel)zorgteam voor alle fasen van de ziekte. Er wordt niet meer doorverwezen naar andere zorgverleners. Het zorgteam is verantwoordelijk voor het voortbestaan van het contact en niet de patiënt;
- alle zorgvormen van intensieve crisisinterventie in een separeerruimte tot aan individuele rehabilitatie worden onder één regie gevoerd;
- er bestaat een continue drempelloze toegankelijkheid voor de patiënt van de kliniek en van de crisisinterventie;
- er bestaat een 'assertieve outreach' met lerende en ondersteunende zorg aan huis.

Deze vorm van zorgvernieuwing voor patiënten met schizofrenie is als een proefproject begonnen in september 1994 dat heeft geduurd tot juli 1997. In het project hebben Stichting Rosenberg en RIAGG Zuidhage met inzet van middelen geparticipeerd.

Over de auteur:

Dr. M. van der Gaag, psycholoog, afdelingshoofd transmuraal zorgteam Het Spectrum, Circuit GGZ voor volwassenen I, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag.

In het project zijn steeds zo'n honderdvijftig patiënten ingeschreven geweest. Voor deze patiënten was het volgende flexibele zorgaanbod beschikbaar:

- dertig bedden voor crisisinterventie;
- ambulante zorg door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, bestemd voor patiënten in een stabiele situatie. Het contact is weinig intensief;
- thuiszorg door een verpleegkundig mobielrehabilitatie werker. Dit is het zorgvernieuwende aandeel in het project. Deze hulpverlener kent de mensen zowel van binnen als van buiten de kliniek.

Evaluatie van het project leerde dat bij de groep die psychiatrische thuiszorg (de nieuwe zorgmodule) kreeg vooral verbetering werd gezien in de kwaliteit van leven en in de tevredenheid van de geleverde zorg (1). Bovendien werd een drastische afname van het aantal opnamedagen waargenomen. Het programma verbeterde echter niet de mate waarin symptomen en de psychische invaliditeit optreden. Beide zijn hardnekkig constant over de tijd. Ook heeft het programma niet de beoogde rehabilitatiedoelstellingen bereikt. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de woonsituatie. Het lukte niet om voor de patiënt een hogere kwaliteit van leven te behalen bij het werk, de dagbesteding, het sociaal netwerk en de familierelaties.

De rol van de sociaal psychiatrischverpleegkundige was sterk gericht op crisisinterventie en globale coördinatie. De rol van de verpleegkundig mobielrehabilitatie-werker is waarschijnlijk nog te veel

gericht geweest op hulp aan huis. Hoewel 30% van de tijd van deze discipline aan dagbesteding is besteed, zijn de rehabilitatiedoelen toch niet bereikt. Het is onduidelijk of dit een gevolg is van een gebrek aan scholing op rehabilitatiegebied of dat de tijd ontbreekt om aan de behoefte aan directe prothetische zorg aan huis te voldoen. Mogelijkerwijs zijn er in Den Haag onvoldoende mogelijkheden voorhanden met betrekking tot werkzaamheden en sociale inbedding van patiënten met schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis. Aan rehabilitatie zal in de toekomst meer aandacht worden geschonken.

Het project is door de directies van de instellingen als succesvol geïnterpreteerd. In de nabije toekomst zullen een viertal van dit type transmuraal zorgprojecten worden gestart door psycho-medisch centrum Parnassia. Deze organisatie omvat sinds kort de psychiatrische ziekenhuizen Rosenburg, Bloemendaal, Schroeder van de Kolk, en de RIAGG's Zuidhage, Westhage en Noordhage. Het ligt in de bedoeling uiteindelijk alle patiënten in Den Haag met schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen (naar schatting 1.600 tot 1.800) in deze nieuwe werkvormen zorg te verlenen.

Literatuur:

1. Gaag M van der. Programma-evaluatie van het project traploze zorgschakeling: een transmuraal zorgprogramma voor patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen. Stichting Rosenburg, RIAGG Zuidhage en RIBW Den Haag, maart 1998.

De Cliënt als Partner, cliëntenparticipatie in de geestelijke gezondheidszorg

Johanna van Lelyveld

De geestelijke gezondheidszorg is sterk in beweging. Instellingen gaan samenwerken of fuseren. Voor verbetering van de zorg - ook gedwongen door nieuwe wetgeving - is participatie van cliënten een 'must'. Maar dat vergt een langdurig en spannend proces. In Den Haag is er sinds 1994 een Cliëntenraad ggz, gesprekspartner voor de instellingen. De cliënten blijken vaak professionals nodig te hebben, maar die zijn nu juist weer geen 'ervaringsdeskundige'. Dat geeft wrijving. Instellingen op hun beurt bezigen voor cliënten weer onbegrijpelijk jargon. Echt luisteren blijkt nog een schaars goed. Er is nog een lange weg te gaan.

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de laatste jaren sterk in beweging. Ggz-instellingen in de regio gaan steeds meer regionaal samenwerken of fuseren. Het overheidsbeleid is gericht op vermaatschappelijking van de zorg, waarbij niet alleen de zorgaanbieders maar ook maatschappelijke instellingen en de gemeentelijke overheid een belangrijke positie krijgen toebedeeld. Het ontwikkelen van zorg-opmaat staat centraal.

Participatie door cliënten is daarbij een noodzaak. Niet alleen omdat de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) dat voorschrijft, maar ook omdat in gezamenlijkheid (cliënten, aanbieders, verzekeraars en overheid) en met respect voor elkaar veranderingen kunnen worden bewerkstelligd. Alleen langs deze weg kan de kwaliteit van leven van mensen met psychische beperkingen in de samenleving worden geoptimaliseerd. Dit is een langdurig en spannend proces. Cliënten(organisa-

ties) hebben daarin een belangrijke stem, omdat ervaringsdeskundigheid een wezenlijke aanvulling is op professionele en beleidsmatige deskundigheid. Participatie vindt op diverse niveaus plaats: individueel in het contact tussen de patiënt en zijn of haar hulpverlener, geregeld in de Wet Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst, (WGBO), op locatie en centraal niveau (geregeld in de WMCZ) en op regionaal niveau als gesprekspartner voor de ggz, de zorgverzekeraar, de overheid en maatschappelijke instellingen. Gaat het op de eerste niveaus vooral om zorg en de organisatie daaromheen, op regionaal niveau is daarnaast het hele scala van wonen, welzijn, inkomen en werk/scholing/dagbesteding onderwerp van gesprek.

Fusie van instellingen is tegenwoordig een bekend fenomeen. Ingeval van fusie verandert de medezeggenschapsstructuur en daarmee veranderen ook de onderlinge verhoudingen ingrijpend. De aandacht van cliëntenraden richt zich in veel gevallen op het behoud van verworven rechten. Ze zijn minder geïnteresseerd in regionale ontwikkelingen.

Onderlinge verhoudingen tussen cliëntenorganisaties worden daardoor veelal bepaald door competitie en het afbakenen van grenzen in plaats van door samenwerking. Voor de professional betekent dit dat hij/zij voortdurend afwegingen moet maken teneinde vast te stellen welke strategie het meest effectief is om het gestelde doel te bereiken. De ene keer is dat 'masseren, faciliteren en vertrouwen winnen', de andere keer 'volhouden en doorzetten'. Het is een evenwichtskunst, waarbij voldoende afstand moet worden bewaard ten opzichte van de eigen opvattingen. Cliënten spreken een andere taal dan bijvoorbeeld hulpverleners, namelijk rechtstreeks vanuit hun emotionele ervaringen. Hulpverleners, politici

Over de auteur:

Johanna van Lelyveld was van april 1995 tot april 1998 medewerker bij het project Participatie Op Maat, dat zich richtte op het versterken van de positie van (ex-)cliënten in de geestelijke gezondheidszorg in zes regio's in de provincie Zuid-Holland. Den Haag was één van de regio's. Van april 1998 tot juli 1998 heeft ze haar ondersteuningswerk uitsluitend in Den Haag uitgevoerd.

en ambtenaren hebben het goed met hen voor, maar spreken vaak vanuit een bepaald belang: de organisatie, de wet, het beleid. Bekend mag worden verondersteld dat normen en waarden en aangeleerde theorie bij de interpretatie van hetgeen de cliënt zegt 'ruis' kan veroorzaken. Bovendien kunnen hulpverleners zich in hun integriteit en deskundigheid aangetast voelen. Ze doen toch hun best?

Cliënten hebben de ervaring dat vaak niet echt naar hen wordt geluisterd. Ze hebben soms het gevoel dat hun gesprekspartners denken: hij is in de war, dus weet hij niet wat hij zegt.

Cliëntenorganisaties algemeen

Aan cliëntenorganisaties bestaat een grote diversiteit: cliëntenraden per instelling, regionale afdelingen van landelijke algemene cliëntenorganisaties, zoals de Cliëntenbond en de regionale afdeling of contactpersoon van categoriale organisaties van bijvoorbeeld manisch-depressieven en schizofreniepatiënten. Daarnaast zijn er nog familie-organisaties als Ypsilon, Labyrint-In Perspectief, de familieraden en organisaties van dak- en thuislozen en drugsverslaafden. Organisaties verschillen onderling sterk, hetgeen samenwerking bemoeilijkt. Samenwerking wordt vaak ervaren als zijnde (van boven af) opgelegd.

Het ontwikkelen van projecten in eigen beheer (zogenaemde consumer run-projecten) en het onderhandelen over financiering heeft in de cliëntenbeweging hoge prioriteit. Het draagt bij aan het vergroten van het zelfrespect. Om een dergelijk project op de rails te zetten, is expertise nodig: iemand die het plan formuleert, onderzoek verricht, de wegen kent en kan onderhandelen over financiering. De organisaties worden daarin belemmerd door het ontbreken van voldoende kader in de cliëntenbeweging, het gebrek aan energie en tijd en onvoldoende garantie voor continuïteit.

Voor het in beeld brengen en houden van ggz-cliënten in de regio is een eigen steunstructuur nodig voor secretariaat, beheer van geld en beleids- en netwerkontwikkeling. Een goed contact en goede informatie-uitwisseling met directies en medewerkers van instellingen, zorgverzekeraars en anderen (gemeenten, maatschappelijke organisaties) is tijd-rovend doch noodzakelijk.

Voor zo'n steunstructuur is extra geld nodig. De door de (provinciale) overheid gefinancierde en als gesprekspartner aangewezen Regionale Patiënten en

Consumenten Platforms (RPCP 's) hebben daarvoor onvoldoende middelen. De conclusie dat voor participatie in de ggz meer geld moet worden uitgetrokken, wordt inmiddels door zowel overheden als zorgaanbieders en verzekeraars gedeeld. De vraag is nog wie dit moet betalen. Daarbij gaat het om ondersteuning zowel van participatie en (formele) medezeggenschap als van innovatie vanuit hun perspectief.

Op zoek naar de juiste vorm

In Den Haag functioneert sinds 1994 de regionale Cliëntenraad ggz Den Haag. De Raad is als gesprekspartner erkend door de (Haagse) Directieraad van ggz-instellingen. Dit is vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Aanvankelijk kwam deze Cliëntenraad vier keer per jaar bijeen. Op de vergaderingen werden veel onderwerpen besproken, maar men kwam niet tot concrete besluiten. De raad beschikte niet over financiën of een eigen ruimte. Men maakte gebruik van de 'winkel' van de Cliëntenbond en de koffie werd meestal meegenomen door een vertegenwoordiger van de Patiëntenraad van psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal.

Met de Haagse directies werd drie à vier keer per jaar overlegd. Gepoogd werd op een begrijpelijk niveau met elkaar te communiceren en naar meningen en ervaringen te luisteren. De Cliëntenraad ggz Den Haag had het over de ervaringen met de crisisdienst, de directies over het rapport Product-Marktcombinatie. Het bespreken van dit rapport was voor de meeste leden geen haalbare kaart vanwege het moeilijke taalgebruik en het hoge abstractie-niveau. Om dergelijke rapporten te vertalen en inzicht in ontwikkelingen te krijgen, beschikte de Cliëntenraad slechts over het beperkte aantal uren van de ondersteuningsfunctionaris, die vooral werden gebruikt om continuïteit in de vergaderingen te brengen en om aan structuur en inhoud zo concreet mogelijk invulling te geven. Gezien alle ontwikkelingen rond zorgvernieuwing en samenwerking tussen instellingen, werd de roep om een eigen (structurele) steunstructuur manifester. Om die steun te verwerven werd de Cliëntenraad aanbevolen zich aan te sluiten bij het RPCP.

Vanaf de start van de Cliëntenraad ggz Den Haag is aansluiting bij dit platform punt van discussie geweest. De Raad voelde er zich niet thuis; de ggz-vertegenwoordigers voelden zich niet altijd goed

begrepen en ook vaak gedomineerd door patiënten-vertegenwoordigers uit andere sectoren.

Geprobeerd is ondersteuning via het zorgvernieuwingfonds gefinancierd te krijgen. Hoewel NUTS Verzekeringen financiering evenwel niet op haar weg vond liggen, was ze wel bereid (onder voorwaarden, zoals een bijdrage van de gemeente) een onderdeel uit de aanvraag te financieren: de infodesk, later Kompassie genoemd.

Kompassie, een informatiewinkel voor cliënten van de ggz en hun familie, is in korte tijd, mede door de inzet van vele vrijwilligers, uitgegroeid tot een volwaardig 'consumer run'-project: de (betaalde) kracht en de meeste vrijwilligers zijn ervaringsdeskundig. Dankzij een extra subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) is een pand in de Prins Hendrikstraat betrokken. Kompassie wordt goed bezocht en er worden veel vragen gesteld door zowel cliënten als belangstellenden. Ze heeft behalve een informatieve tevens een sociale functie: cliënten komen regelmatig even langs voor een praatje en kopje koffie; ze voelen zich daar op hun gemak.

Haags Platform ggz-cliëntenorganisaties een feit

In de loop van de tijd werd de Cliëntenraad steeds vaker gevraagd, te participeren in allerlei vormen van overleg, zoals het Haags Platform Maatschappelijk Herstel, de Adviescommissie Innovatiefonds (zorgvernieuwing) en diverse vormen van overleg met de gemeente. Daarnaast probeerde de Cliëntenraad actief deel te nemen aan werkbijeenkomsten, die werden georganiseerd in het kader van de fusie van de Haagse ggz-instellingen en het werken in circuits. Verder is hem gevraagd zitting te nemen in de (nieuw te vormen) Raad van Advies van het Zorgkantoor AWBZ. De noodzaak van professionele ondersteuning van de Cliëntenraad werd daardoor steeds duidelijker.

Na overleg met de directies van de instellingen en na indiening van een begroting ontving de Raad in 1996 een kleine bijdrage. In 1997 is deze verhoogd tot ongeveer f 5000,-.

De noodzaak van professionele ondersteuning vond gehoor bij de Directieraad. Deze bleek in principe bereid een financiële bijdrage aan een dergelijke ondersteuning te leveren op voorwaarde dat ook gemeente en zorgverzekeraars een bijdrage zouden toezeggen.

Naar aanleiding hiervan is overleg op gang gekomen

tussen alle participanten, met inbegrip van mogelijke financiers. Eind juni 1998 leidde dit overleg tot de toezegging van een substantieel bedrag van de zijde van de Haagse ggz-instellingen, Zorgkantoor, provincie en gemeente.

Inmiddels had de Cliëntenraad besloten zich te verzelfstandigen tot een Haags Platform ggz-cliëntenorganisaties. Als rechtsvorm is de stichting gekozen. Deze moet het aanspreekpunt voor cliëntenparticipatie worden, daarbij ondersteund door een facilitair bureau. Het bureau krijgt tot taak het stimuleren en ondersteunen van cliëntenparticipatie.

Conclusies

Uit het voorafgaande kan worden opgemaakt dat de organisatie van regionale cliëntenparticipatie geen vanzelfsprekende zaak is. Participatie moet vorm krijgen met garanties voor continuïteit in de zin van voorwaarden voor een voldoende (eigen en vertrouwde) steunstructuur en middelen. In een aantal ggz-regio's is hiervoor een verdeelsleutel afgesproken: f 1,- per inwoner in de regio wordt bestemd voor cliëntenparticipatie. Daarnaast kunnen op projectbasis meer middelen worden verworven voor 'consumer run'-projecten, cliëntenpanels of ander onderzoek. De Ziekenfondsraad heeft sinds twee jaar een speciaal budget voor 'consumer run'-activiteiten.

Cliënten(organisaties) nemen de taak graag zelf op zich, maar naar verhouding zijn er niet zoveel ggz-cliënten die de vaardigheden en kennis bezitten om in het brede belangenveld te opereren, nog afgezien van het verschil in toerusting tussen de cliëntenbeweging en haar gesprekspartners. Daarnaast zijn ze vaak aangewezen op professionals, die niet ervaringsdeskundig zijn, hetgeen wrijvingen kan opleveren. Noodzakelijk is dat er meer specifieke mogelijkheden voor scholing en training voor hen worden gecreëerd.

Van de gesprekspartners (zorgaanbieders, overheid en verzekeraars) mag worden verwacht dat ze hun beleidsstukken en projectvoorstellen op een heldere en begrijpelijke manier verwoorden en op een zodanig tijdstip ter beschikking stellen aan de cliëntenorganisatie, dat deze in staat is tijdig haar mening te formuleren. Optimale toegankelijkheid van de beleidsmakers is daarbij een voorwaarde. Het aanstellen van een vaste contactpersoon binnen de organisatie, die regelmatig contact onderhoudt met de cliëntenvertegenwoordigers, kan ook een oplossing zijn.

Vaak voelen cliënten zich niet begrepen en worden ze ook niet begrepen. Echt luisteren (en daarvoor de tijd nemen) is nog een schaars goed. Het is daarom belangrijk om cliënten systematisch bij beleidsontwikkelingen te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld met de door de cliëntenorganisaties ontwikkelde cliëntenpanels, waarin cliënten zelf het panel vormen. Dat werkt emanciperend. Wel dient van te voren te worden vastgelegd dat de uitkomsten serieus uitgangspunt vormen voor beleid. Tussentijds moet er

nauwlettend op worden toegezien of alle partijen nog op het afgesproken spoor zitten. Want voor men het weet, is men het spoor bijster. Om voortdurend overeenstemming over de uitgezette koers en de resultaten daarvan te krijgen is communicatie, wederzijds respect, moed en tijd nodig. Slechts dan komt cliëntenparticipatie volledig tot haar recht. Dat is nog een lang proces.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Mantelzorg in Escamp

Via het project 'U zorgt voor een ander, maar wie zorgt er nu voor u?' tracht de Stichting Welzijn Escamp mantelzorgers (mensen die een paar maal per week of de hele week voor een ander zorgen) op te sporen die overbelast (dreigen te) raken, omdat ze voor die ander (moeten/willen) zorgen.

Na een respijtproject (activiteiten om mantelzorgers te ontlasten) is gebleken dat veel behoefte bestaat aan ondersteuning en ontlasting van de mantelzorgers.

De Stichting heeft daarom - in samenwerking met Thuiszorg, ProZorg, de gemeente en LCO/LOT - een project opgezet in de wijken Bouwlust/Vrederust en Rustenburg/Oostbroek.

De eerste stap in het project is het inventariseren van het al aanwezige aanbod en de reeds aanwezige vraag met het doel de zorg - gericht op de mantelzorger zelf - te verbeteren.

Eén van de speerpunten is het ontwikkelen van methoden en werkwijzen om in contact te komen met (moeilijk bereikbare/allochtoone) mantelzorgers. De Stichting vraagt daartoe 'sleutelfiguren' in de wijk deel te nemen, maar zet bijvoorbeeld ook jongeren in.

De Stichting wil van de mantel-

zorgers in de vier genoemde wijken horen wat precies hun behoefte is, welke vragen ze hebben, om daar dan direct op in te springen met een aanbod.

Het uiteindelijke doel kan zijn dat er (na een jaar) wijknetwerken zijn en dat (ex)mantelzorgers zichzelf hebben georganiseerd, althans als de mantelzorger hieraan behoefte blijkt te hebben.

Voor het tweejarige project zijn een projectcoördinator en twee projectleiders aangesteld. Zij vormen de projectgroep. Verder is er een stuurgroep met vertegenwoordigers van de hierboven genoemde instanties en er zijn uitvoeringsgroepen in de wijk waaraan (ex)mantelzorgers en vertegenwoordigers van professionele en vrijwilligersorganisaties deelnemen.

Voor meer informatie: Centrum Sterrenoord, Rosita Hari (bereikbaar woensdag- en vrijdagochtend en donderdag de gehele dag: 070 - 329 21 30) en Wijkcentrum Escampade, Tanja van der Linde (bereikbaar woensdag en vrijdag de gehele dag: 070 - 323 40 62).

Symposium

'Kanker '99'

De Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelminafonds (KWF) organiseert op 26 en 27 maart 1999 in de RAI te Amster-

dam een grootscheepse Informatiemarkt over kanker en een Congres. Deze manifestatie, 'Kanker '99 in de RAI', vindt plaats naar aanleiding van het 50-jarig bestaan van het KWF. Het is voor het eerst dat in ons land een dergelijk evenement plaatsheeft.

De Informatiemarkt is voor iedereen vrij toegankelijk. Openingstijden op beide dagen: 09.30-17.00 uur. Het Congres is bedoeld voor patiënten, hun naasten en hulpverleners. Hiervoor moet men zich aanmelden. Hulpverleners betalen een bijdrage van f. 75,- per dag; voor patiënten en hun naasten is deelname gratis.

Het congres biedt gelegenheid kankerdeskundigen als prof. dr. P.Borst of prof.dr.H.M.Pinedo aan het woord te horen, maar ook bijvoorbeeld dr.A.Houtsmuller en patiënten zelf.

Tijdens het congres staat de communicatie tussen patiënt, arts en andere hulpverleners centraal. Dit gebeurt met name in zogeheten 'interactie bijeenkomsten'. Verder zijn er lezingen en mini-symposia waarin deelnemers meer kunnen horen over de laatste stand van zaken op het gebied van behandelingen en van begeleiding. Bovendien zijn er workshops over bijvoorbeeld ontspanning, creatieve verwerking van kanker en omgaan met veranderingen in relaties.

Aanmelden voor één of beide dagen is mogelijk tot uiterlijk 15 maart. Voor inschrijfformulieren:

Voorlichtingscentrum Nederlandse Kankerbestrijding, Sophialaan 8, 1075 BR Amsterdam, tel. 0800 - 022 66 22 (gratis). Internet: www.kankerbestrijding.nl.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 33 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit maantnummer 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 derde kwartaal 1998.

De gemelde febris typhoidea-patiënt heeft de besmetting in Indonesië opgelopen.

Van de 7 aangegeven dysenteria bacillaris-patiënten liepen 4 patiënten de besmetting op in het buitenland (resp. Singapore, Ghana, India, Turkije), 1 patiënt werd besmet na contact met besmette familieleden. Van 2 patiënten bleef de bron onbekend.

Van de 34 gemelde hepatitis A-patiënten liepen de meesten hun besmetting op tijdens vakantie in het buitenland (o.a. Turkije en Marokko). De overigen liepen hun besmetting op via huisgenoten of op school.

Om verspreiding onder huisgenoten te voorkomen, is bij verschil-

lende families aan de huiscontacten gamma globuline gegeven.

Op een school met veel gevallen van hepatitis werd aan de leerkrachten de vaccinatie Havrix gegeven om een langdurige bescherming te garanderen. Tevens werd aan de kinderen van twee klassen gamma-globuline injecties gegeven om verdere verspreiding van de geelzucht-epidemie te voorkomen.

De bron van de gemelde leptospirosis-patiënt (type icterohaemorrhagiae) was waarschijnlijk het slootje waar de patiënt in was gevallen.

De 7 gemelde malaria-patiënten, allen met *Plasmodium falciparum*, liepen de besmetting op tijdens vakantie in resp. Ghana, Liberia en Nigeria. 2 Patiënten hadden hun profylaxe volledig ingenomen volgens schema, de anderen hadden de profylaxe onvolledig ingenomen.

Er werden 2 meningococcosis-patiënten gemeld. 1 Patiënt is overleden. Alle directe contacten kregen profylaxe toegediend. Tevens vond in de omgeving uitgebreide informatieverstrekking plaats.

De aangegeven paratyfus-patiënt heeft de besmetting waarschijnlijk in Brazilië opgelopen.

Er werden 49 pertussis-patiënten gemeld. De aantallen blijven ongeveer gelijk. De meeste kinderen bleken volledig gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. 2 Kinderen bleken door hun geloofsovertuiging niet gevaccineerd. De meeste besmettingen waren school- of familiegerelateerd.

Van de 40 gemelde scabies-patiënten vond de besmetting plaats binnen het gezin. In een asielzoekerscentrum werden verschillende personen en hun gezinsleden behandeld.

Om een zwakbegaafde familie te kunnen behandelen werd de hulp gevraagd van Thuiszorg. Tevens moesten tegelijkertijd 4 honden van het gezin ook voor deze aandoening worden behandeld. Daarvoor werd hulp verleend door de inspecteur van de dierenbescherming. Er is goede hoop dat door veel geduld en improvisatie het gelukt is deze gezinsinfectie te bestrijden.

De bron van de gemelde voedselinfectie-patiënt bleef onbekend.

*Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);
Mw. G.J. Wijkmans;
K.B. Yap (GGD West-Holland).*

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	Den Haag 1998	West Hol- land 1998	Rijs- wijk 1998	Tot. regio 1998	1e kw regio 1998	2e kw regio 1998	3e kw regio 1998	4e kw regio 1998
mens	inhalatie	difterie (B)								
		lepra (B)								
		meningococcosis (B)*	14	5		19	9	1	7	2
		morbilli (B)								
		(atyp.) pertussis (B)**	151	51	2	204	43	24	65	72
		rubella (B)	7			7	7			
		tuberculosis (B)	64	12		76	19	17	12	28
		parotitis epidemica (C)								
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	34	2		36	10	8	14	4
		syfilis prim./sec. (C)	11	1	1	13	3	1	8	1
		syfilis congenita (C)								
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)1	9	1	4	14	4	3	4	3
		HIV-infectie/Aids (1)***	11			11	1		5	5
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)								
		hepatitis A (B)(3)	152	7		159	66	34	22	37
		dysenteria bacillaris (B)(3)	21	11	1	33	3	4	13	13
huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	129	10	3	142	48	25	24	45	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1			1		1		
		Q-koorts (B)(5)	1	1		2			2	
	Insectenbeet	lassakoorts (A)(6)								
		febris recurrens (B)								
		gele koorts (B)								
		malaria (B)	17	4		21	4	3	7	7
		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)	22	6		28	13	6	8	1
		febris typhoidea (A)	2			2			1	1
		paratyfus B (B)	1			1				1
	botulisme (B)(7)									
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1			1				1
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)									
totaal		637	111	11	759	229	127	187	216	

(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 beddengoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

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

(7) ook wondbesmetting