



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

“Nieuwe sporen”, een vernieuwend project in de Haagse binnenstad
Etnische pluriformiteit en migrantenvoorlichting op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in
het Haagse binnenstadsziekenhuis van Medisch Centrum Haaglanden
Bevolkingsonderzoek borstkanker in Den Haag

korte berichten

*jaargang 35, 2000
nummer 2*

Colofon

Juli 2000
35ste jaargang nr. 2

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;
mw. C.J. Kruijthof, arts Medisch Centrum
Haaglanden, locatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.
B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;
dr. H.G.J. Nijhuis, arts (hoofdredeacteur),
Dienst OCW Den Haag;
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
GGD Den Haag.
m.m.v. 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: i.burger@ocw.denhaag.nl

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, leidinggevend, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Volksgezondheid

- “Nieuwe sporen”: Een vernieuwend project in de Haagse binnenstad: uiteenlopende deskundigheden als uitgangspunt van geestelijke gezondheidszorg
Cor Hoffer 1
- Etnische pluriformiteit op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het MCH, Westeinde in Den Haag
Mw. M.E. Huitema, W.C. Kleijn, P.J. Dörr, C.A. Yedema, M.F. Schutte en Mw. J.M. Richters 11
- Migrantenvoorlichting op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het MCH, Westeinde
Mw. A.M. Verlaat en Mw. C.J. Kruijthof 18
- Het bevolkingsonderzoek borstkanker in Den Haag
Een beschrijving van het screenings- programma
Mw. P.A.M. Bun en Mw. C.H. Kuyper 23

Korte berichten

27

“Nieuwe Sporen”: Een vernieuwend project in de Haagse binnenstad: uiteenlopende deskundigheden als uitgangspunt van geestelijke gezondheidszorg

Cor Hoffer

Het aanbod in de reguliere zorg sluit niet altijd aan op de vraag van allochtone bewoners. Dat geldt in het bijzonder voor diegenen onder hen die in achterstandswijken wonen. Eind jaren negentig hebben, onder auspiciën van de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM), reguliere hulpverleners en vertegenwoordigers van allochtone groeperingen nieuwe wegen ingeslagen onder de naam “Nieuwe Sporen”. Het gaat uit van de erkenning, dat er verschillende vormen van deskundigheid bestaan.

In dit artikel een beschrijving van het project, een aantal conclusies uit de eerste ervaringen en een kritische kanttekening bij de ‘intrigerende kennistheoretische beschouwing’ die vooraf ging.

In verschillende publicaties constateert men dat de reguliere zorg en hulpverlening niet aansluiten op de behoeften en wensen van allochtone patiënten. Daarbij doelt men vooral op de allochtone bewoners van achterstandswijken in de grote steden. Ze zouden in relatief zwakkere sociaal-economische posities verkeren, vaker ziek zijn en een verhoogde kans hebben op psychische problemen. Het zijn de huisartsen die daar in eerste instantie mee worden geconfronteerd, als ze er al van horen. Bovendien stelt men dat er weliswaar diverse projecten zijn opgezet, maar dat die niet het gewenste effect hebben (1)(2)(3)(4)(5).

Op basis van deze signalen hebben – op initiatief van de Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) – een aantal reguliere hulpverleners en vertegenwoordigers van allochtone groeperingen in de Haagse bin-

nenstad (Schildersbuurt, Transvaalbuurt, Oude Centrum en Stationsbuurt) eind jaren negentig de handen ineengeslagen en gezamenlijk voor een nieuwe aanpak gekozen. Na enkele ontmoetingen, waarin de visies en wensen van alle betrokkenen zijn geïnventariseerd, heeft men op basis van een gedegen voorbereiding een project opgezet onder de naam: “Nieuwe Sporen” (6). Centraal daarin staat het inzicht dat voorgaande inspanningen te zeer van bovenaf zijn opgelegd, waarbij men onbedoeld voorbij ging aan de wensen en de participatie van de hulpvragers. Met dit project hoopt men te komen tot een vorm van samenwerking tussen reguliere hulpverleners en zogenoemde “vertrouwenspersonen”, die een gezaghebbende status in de betrokken gemeenschappen hebben.

Het doel van dit artikel is informatie te geven over de inhoud en de dagelijkse werking van Nieuwe Sporen. De inhoud is gebaseerd op documenten die rond het project zijn verschenen én op gesprekken met twee projectleiders, drie huisartsen, twee zogenoemde “vertrouwenspersonen” en twee patiënten. Ook wordt gebruik gemaakt van informatie uit eerdere onderzoeken (7).

De opzet van het artikel is als volgt. Allereerst wordt aan de hand van een casus beschreven op welke manier hulpvragers in genoemde wijken proberen oplossingen te zoeken voor hun gezondheidsproblemen. In aansluiting daarop wordt uiteen gezet op welke vormen van formele en informele hulpverlening men een beroep kan doen. Daarna volgt een beschrijving van het doel, de opzet en de uitvoering van Nieuwe Sporen. Aangezien het project nog in een beginstadium verkeert, is het nog te vroeg voor een vergaande evaluatie. Desondanks geef ik in een slotbeschouwing aan welke leringen men kan trekken uit de eerste ervaringen.

Over de auteur:

Dr. C.B.M. Hoffer, socioloog, werkzaam bij het Centrum voor Ethiek van de Katholieke Universiteit Nijmegen (CEKUN).

Hulpzoekgedrag: een casus

Een Turkse vrouw van 38 jaar is op haar elfde naar Nederland gekomen. Ze trok bij haar vader en stiefmoeder in. Nadat ze de huishoudschool had voltooid, heeft ze vanwege problemen met haar stiefmoeder weer een jaar in Turkije bij haar oma gewoond. Vervolgens is ze met haar verloofde naar Nederland gekomen en zijn ze hier getrouwd. Inmiddels hebben ze vier kinderen. Ongeveer een half jaar na hun huwelijk kreeg ze problemen met haar man:

“Hij werkte in de tuinbouw. Hij ging 's morgens om zes uur weg en kwam heel laat thuis. Het gebeurde ook wel dat hij vrijdagochtend vroeg wegging en dan zondagnacht om bijvoorbeeld vier uur thuis kwam. Dan ging hij met zijn schoenen op de bank slapen. Hij sloeg mij ook weleens met een stok. Tegen mij zei hij als hij agressief was: ‘ik ben zo en anders moet je maar oprotten’.”

Na negen jaar ellende ging het beter:

“Op een gegeven moment heb ik met een vrouw kennis gemaakt. Die vertelde dat haar man een groepje leidde, die bij hun thuis wat praatten en koran lezen. Mijn man is daar toen ook naar toegegaan en soms kwamen ze bij ons. Hij heeft dat ongeveer vier jaar gedaan en het ging veel beter. In die tijd zijn we ook naar Mekka geweest. En hij ging weer naar de moskee. Alles leek wel een heel andere wereld. Maar de laatste jaren gaat hij er niet meer heen. Het gaat weer veel slechter. Ik merk aan hem dat hij weer gokt en dat hij schulden heeft. Als je geen problemen hebt, dan ben je gezellig. Maar mijn man lacht niet en is niet gezellig. Soms is hij agressief. Hij slaat mij nu niet meer en hij vloekt niet meer. Maar hij scheldt wel hartbrekend. Ik heb gehoord dat mijn zoon ook gokt. Ik heb zoveel meegemaakt. Ik ben blij dat ik niet gek ben geworden.”

Dat laatste zegt ze te danken te hebben aan de steun die ze in het geloof heeft gevonden:

“Ik droom heel veel. Jaren geleden kwam er dan een man, die mij bij mijn keel greep. Het gebeurde als ik alleen was, als ik veel verdriet had en als ik alleen sliiep. Maar het gaat nu beter sinds ik hier boekjes over lees. Daarin staan verzen uit de koran en waarvoor je die moet lezen. Op een gegeven moment ben ik elke dag en soms ook 's nachts sûra's gaan lezen

(een sûra is een hoofdstuk uit de koran, C.H.). Daarom ging het ook beter. Als men dan iets zegt dan denk je jammer. Ik ben steeds meer gaan lezen. Anders was ik al lang gek geworden. Het was een hele opluchting. Ik had hele goede dromen en van binnen brandde niets meer. Soms komt er nu een man in mijn dromen, die zegt dat ik geduld moet hebben (...). Je weet dat God overal is en bij jou. Ik heb ook weleens in de wolken gezien welke sûra ik moest lezen. Ik heb hele mooie dingen gezien (...). Over mijn man denk ik nu: ‘ik vind het zelig wat je doet, dat een mens dat doet’. Ik vind het heel erg voor hem dat hij dat doet.”

De laatste jaren gaat het echter weer slechter:

“Mijn zoon is nu agressief en mijn man is ook weer zo. Vroeger heb ik heel veel gelezen. Nadat ik daarmee stopte is het weer begonnen. Ik weet dat het door mij is gekomen. (...) In een droom stond er een vrouw op het balkon. Ik heb haar binnengehaald en ze zei tegen mij: ‘je leest niet meer zoals vroeger’.”

De vrouw neemt zich voor om weer in genoemde boeken te gaan lezen. Maar daarnaast zoekt ze steun bij enkele buurvrouwen, met wie ze het gezellig zegt te hebben en met wie ze af en toe kan praten. Ook heeft ze in de loop der jaren enkele *hoca's* (islamitische genezers) bezocht en consulteert ze af en toe haar huisarts voor klachten als hoofdpijn, maagpijn en pijnlijke benen.

Deze casus illustreert hoe een willekeurige Turkse vrouw in de Haagse binnenstad op eigen wijze probeert om te gaan met haar sociale en psychische problemen. Ze zoekt steun in haar omgeving, verdiept zich in het geloof en consulteert zowel reguliere als alternatieve hulpverleners. Haar hulpzoekgedrag is een treffende uiting van het geleidelijk ontstaan van wat Peeters noemt *“een pluralistisch systeem van gezondheidszorg”* (8). Daarmee doelt hij op het feit dat onder invloed van migratie uiteenlopende medische verklaringsmodellen naast elkaar komen te staan en zich soms met elkaar vermengen. Peeters wijst er op dat sommige medische opvattingen na de migratie blijven voortbestaan en andere veranderen. Hij schrijft dit toe aan het feit dat patiënten opportunistisch handelen en gebruik maken van de diverse mogelijkheden, die er op medisch gebied in hun directe omgeving voorhanden zijn. Soms hanteren sommigen van hen bijvoorbeeld bovennatuurlijke ziekteconcepties en soms biomedische opvattingen (9).

Nieuwe vormen van hulpverlening

Naast en in reactie op het hulpzoekgedrag van mensen met ziekte en problemen ontwikkelen zich in de migratiesituatie eveneens nieuwe vormen van informele en formele hulpverlening. Enkele voorbeelden. Een Surinaams-Hindostaanse moslimvrouw van vijftig jaar is in 1975 naar Nederland gekomen. Ze heeft hier allerlei banen gehad en werkt momenteel als leerkracht op een basisschool. Daarnaast doet ze al zo'n vijftien jaar aan vrijwilligerswerk. Ze is voorzitter van een vrouwenvereniging. Als zodanig komt ze op voor de belangen en emancipatie van allochtone vrouwen in de Nederlandse samenleving. Ze vertelt:

"We hebben een knipcursus, een cursus Arabisch, lessen Hindi, Nederlands en we doen aan gezondheidsvoorlichting. We proberen de participatie van vrouwen aan de samenleving te bevorderen. We stimuleren ze bijvoorbeeld om mee te doen op scholen en in buurthuizen. Dat is ook goed voor de kinderen. We proberen vrouwen zich verder te laten ontwikkelen. We doen aan budgetteren en bespreken de aanpak van puberteitsproblemen en van bedplassen."

Een belangrijk onderdeel van haar werk voor de vrouwenvereniging is wat ze noemt "leedbestrijding":

"Ik doel op het leed dat het gevolg is van bijvoorbeeld ruzies van vrouwen met hun man of met hun kinderen. Ik vind dit eigenlijk wel het meest belangrijke dat ik tegenkom in de omgeving waar ik werk. Vrouwen zien mij al vijftien jaar in de wijk bewegen. Als ik ze dan tegenkom vraag ik: 'hoe gaat het met je?' Als ze dan zeggen dat het niet zo goed gaat, dan zeg ik: 'als je wilt uitpraten dan mag dat hoor. Ik wil best tijd voor je vrij maken.'"

Op de vraag waarom ze dit werk doet antwoordt ze:

"Ik vind dat je tijd voor je medemens moet nemen. Wie weet help je maar bij één persoon bijvoorbeeld te voorkomen dat ze zelfmoord pleegt. Dan zou je al één leven redden. (...) God heeft ons allemaal geschapen en mensen van verschillende geloven moeten zo goed mogelijk met elkaar om gaan. Het is immers de doelstelling van alle geloven om van een mens een goed mens te maken. (...) Ik doe het uit liefde voor de wereld, voor de mensheid. (...) Je moet mensen liefdevol benaderen, dan krijg je het ook terug. Belangrijk is om te weten hoe je naar

mensen toegaat. Ik ben altijd erg praktijkgericht. Ik vind dat je moet doen en niet leren of denken."

De diverse voorbeelden van "leedbestrijding" die ze noemt hebben betrekking op relationele- en opvoedingsproblemen, waarbij dikwijls ook psychische en psychosomatische klachten optreden. Culturele aspecten spelen soms ook mee, zoals uit het volgende voorbeeld van haar blijkt:

"Ik kwam eens een Surinaamse hindoe-dame tegen. Ze was psychisch kapot. Volgens haar was haar iets aangedaan, via magie. Ik heb naar haar geluisterd en naar haar leven gevraagd. Ze vertelde dat ze in Suriname altijd heel hard had gewerkt. Op een gegeven moment is ze naar Nederland gekomen. Ze leefde zonder man en kwam op een heel klein kamertje terecht. Omdat de helft van haar kinderen nog in Suriname woonden en de andere helft hier, ging ze piekeren. En ze kreeg chronische pijn. Ik heb tegen haar gezegd: 'vind je het gek. Je hebt altijd hard gewerkt en nu ga je ineens niets doen. Ik zal werk voor je gaan zoeken. Dat heeft je lichaam nodig.' Ze kon bijvoorbeeld 's nachts niet meer slapen en dan denkt ze dat het met voodoo te maken heeft. Maar wat wil je, ze zat vol energie. Dus het had helemaal niets met voodoo te maken. Ze is bij ons lessen Hindi en Nederlands gaan volgen. Voor zulke vrouwen hebben we ook praatgroepen."

Hoewel het werk van deze Surinaamse hulpverleenster zogenaamd "informeel" geschiedt, kan het voor de betrokken vrouwen van grote betekenis zijn. Vanuit haar levens- en geloofservaring biedt de vrouw hun een luisterend oor, sluit ze aan bij hun beleevingswereld en reikt ze hun mogelijkheden aan om op een andere manier met hun situatie om te gaan. Ook leert ze hen hoe ze aansluiting kunnen vinden bij de manier waarop de Nederlandse samenleving momenteel functioneert.

Als gevolg van migratie en andere sociale en culturele ontwikkelingen verandert ook de formele hulpverlening, zoals die in Nederland is geïnstitutionaliseerd in onder meer de huisartsengeneeskunde, het maatschappelijk werk en de psychiatrie. Er ontstaat bijvoorbeeld kritiek op de conventionele manier van denken en handelen in de formele medische sector. Zoals in de inleiding reeds staat geldt dit met name voor de zorg voor allochtonen in achterstandswijken, waarbij aanbod en vraag niet goed op elkaar aansluit.

ten. In een poging om die kritiek op een positieve manier in beleid om te zetten heeft men – onder leiding van STIOM – in de Haagse binnenstad het project Nieuwe Sporen opgezet. Het wordt gefinancierd met middelen uit het Grote Stedenbeleid. Naar aanleiding van een conferentie van hulpverleners en gezaghebbende personen uit migrantengroeperingen in 1996, heeft men een projectopzet gemaakt. Vervolgens is via gesprekken geïnventariseerd hoe samenwerking tussen hulpverleners en sleutelpersonen in de wijken vorm kan worden gegeven. Daarna is een projectmedewerker (Marina van Dijk) aangesteld. Trees van der Maat, projectleider van het STIOM, vertelt:

“Nieuwe Sporen gaat uit van de erkenning, dat er verschillende vormen van deskundigheid bestaan. Alleen door hiervan gebruik te maken is een oplossing mogelijk voor de psychosociale problematiek van allochtonen. (...) Een centrale rol spelen een vijftiental sleutelfiguren uit de verschillende Haagse migrantengemeenschappen. Het gaat hier om zeer betrokken imams, pandits en andere personen die een zeker gezag hebben in de gemeenschap. Ze vervullen in de praktijk vaak zowel de rol van vertrouwenspersoon, van informele hulpverlener en van intermediair. Deze sleutelfiguren worden door ons ondersteund in deze rollen; dat kan zijn in de vorm van het aanbieden van werkruimte of het verstrekken van onkostenvergoedingen. Daarnaast worden ze wegwijs gemaakt in de reguliere hulp. Er worden contacten gelegd met hulpverleners op wie deze sleutelfiguren een beroep kunnen doen voor informatie en advies. Andersom worden ook de hulpverleners gemotiveerd gebruik te maken van de kennis en ervaring van de sleutelfiguren.”

Nieuwe Sporen omvat vier fasen:

- onderzoek;
- implementatie;
- herziene implementatie;
- invoering.

De voortgang van het project staat onder beheer van een zogenoemde Stuurgroep, waarin vertegenwoordigers van de volgende instanties zitting hebben: de Gemeente Den Haag, de huisartsenzorg, het maatschappelijk werk, het psycho-medisch centrum Parnassia, de moskeeën en de Stedelijke Adviesraad Den Haag. Inmiddels loopt het project anderhalf jaar en bevindt het zich in de implementatie-fase. Er is een lijst aangelegd met namen en adressen van “vertrouwenspersonen” in de wijken. Indien gewenst kunnen reguliere hulpverleners een beroep op hen doen. De vertrouwenspersonen komen

één keer in de drie maanden voor overleg bij elkaar. Binnen de groep vertrouwenspersonen is inmiddels ook een kerngroep (“*de rabitah*”) van actieve leden ontstaan, die zich over relevante thema’s en toekomstplannen buigen. Ook zijn er inmiddels vier vertrouwenspersonen die spreekuur houden in gezondheidscentra en buurthuizen. Hierover zegt Marina van Dijk:

“We signaleerden een aantal knelpunten bij de vertrouwenspersonen. Ze werkten bijvoorbeeld vanuit hun thuissituatie. Dat was soms problematisch. Daarom was het goed om voor hen een bepaalde locatie te kiezen waar ze regelmatig aanwezig zijn en waar ze de gelegenheid hebben om laagdrempelige hulp te bieden. Daarmee sla je ook meteen een brug naar de reguliere sector. Ze zitten als het ware in het hol van de leeuw. (...) De vertrouwenspersonen die inmiddels spreekuur houden zijn heel tevreden. Ze voelen zich gerespecteerd. (...) Verder proberen we een kleine financiële vergoeding te geven. We moeten ons realiseren dat het om vrijwilligers gaat die dit doen in hun vrije tijd, naast hun baan, gezin en zorg voor familie. De imam is soms heel veel tijd kwijt met bijvoorbeeld het schrijven van een koranvers voor een amulet. Dan is het goed als daar een kleine onkostenvergoeding en deskundigheidsbevordering tegenover staan.”

۴۸۶

ياهو	ياهو	ياهو	ياهو
ياهو	ياهو	ياهو	ياهو
ياهو	ياهو	ياهو	ياهو
ياهو	ياهو	ياهو	ياهو

Amulet tegen boze oog of djinns
(uit “*The Book of Sufi Healing*” van Shaykh
Hakîm Mu’în al-Dîn Chishtî. 1991: 137).

De deelnemers aan het project ontvangen een vergoeding van f 12,50 voor aanwezigheid op bijeenkomsten. Daarnaast krijgen de actieve leden (degenen die spreekuren houden en de leden van de kerngroep) een bedrag van f 150,- per maand.

De spreekuren worden volgens de projectleider vrij druk bezocht, waarbij af en toe ook onderlinge verwijzingen tussen reguliere en informele hulpverleners plaatsvinden. Eén van de vertrouwenspersonen die (iedere vrijdagmiddag) in een buurthuis spreekuur

houdt, is de eerdergenoemde Surinaamse hulpverleenster. Ze vertelt dat ze soms twee of drie mensen ontvangt en soms niemand. Het gaat vooral om vrouwen. Een andere vertrouwenspersoon die (twee keer per maand een ochtend) spreekuur houdt in een gezondheidscentrum, is een Marokkaanse imam. In Marokko heeft hij destijds een opleiding tot imam gevolgd. Hij kent de koran uit zijn hoofd (hij is hafiz) en heeft de hadith (opgetekende verhalen over uitspraken en handelingen van de profeet Mohammed) bestudeerd. Vervolgens heeft hij dertien jaar als imam in Marokko gewerkt. Daarbij ging hij voor in het gebed, voerde hij religieuze rituelen uit en gaf hij koranles aan kinderen. Naast die functie heeft hij zich toegelegd op de bestudering van historisch belangrijke medische tradities als de Arabisch-islamitische geneeskunde en de profetische geneeskunde (10) (11). Op zijn 27ste besloot hij, in het kielzog van vele landgenoten, naar Nederland te immigreren. Dit had te maken met het feit dat hij als onbetaalde religieuze functionaris nauwelijks kon rondkomen. In Nederland heeft hij als afwasser en schoonmaker gewerkt. Sinds enkele jaren is hij met de VUT. Naast zijn werk is hij in Nederland af en toe actief geweest als vervanger van imams in moskeeën. Bovendien heeft hij altijd geprobeerd om mensen te helpen, die ziek waren of problemen hadden. Zijn kennis van genoemde medische tradities kwam hem daarbij goed van pas. Die therapeutische activiteiten beperkte hij tot voor kort tot zijn familie- en kennissenkring. Maar sinds hij actief is in Nieuwe Sporen heeft hij het drukker en behandelt hij ook onbekenden.

Op zijn spreekuur in het gezondheidscentrum ontvangt de imam gemiddeld drie mensen. Het gaat om 75% vrouwen en 25% mannen. De helft van de patiënten die de imam consulteert komt na verwijzing door een huisarts en de andere helft op eigen initiatief. De klachten waarmee men zich tot de imam wendt zijn uiteenlopend: hoofd- buik- en rugpijn, duizeligheid, huidirritatie, aambeien, nachtmerries, bedplassen van kinderen, onvrijwillige kinderloosheid, slapeloosheid, seksuele problemen, weggelopen kinderen. De oorzaken van de klachten hebben volgens de imam te maken met "slecht bloed, het ontbreken van de juiste balans in de voeding, het niet in harmonie leven en boze geesten". De behandelingen bestaan uit het voorschrijven van kruiden, het geven van voedingsadviezen en soms het verschaffen van amuletten (waarin koranverzen zijn verwerkt).

Uit het kruidenboek van een Marokkaanse islamitische genezer.

Nr.	Dutch	عربي
01	klei	صلصال
02	kamille	بابونج
03	koffie	بن
04	kameel	جمال
05	kokospalm	جوز الهند
06	komkommer	قنطار
07	kruidkers	حب الرشاد
08	krab	سرطان
09	kervel	سرفيسل

Nieuwe Sporen: voorlopige stand van zaken

De uitvoerders van het project leggen de nadruk op het experimentele karakter ervan. Zo zegt Trees van der Maat:

"Per jaar wordt tot verdere financiering besloten, maar het project zal zo'n vier jaar gaan draaien. Wat er daarna komt hangt af van de loop van het project. Het is ook een incrementeel proces, dat wil zeggen dat het stap voor stap gaat en dat je niet weet hoe het zal lopen. Het is een voortdurend zoeken naar wat het beste is. De resultaten tot nu toe zijn veelbelovend. We gaan daarom door met 'bouwen'. Dit project is uniek in Nederland. Vele ogen zijn op ons gericht. Niettemin zullen de echte resultaten nog wel even op zich laten wachten. Dit is geen project om snel te 'scoren'. Het is een investering, die pas op de middellange termijn zijn vruchten gaat afwerpen."

Vooralsnog is men tevreden over de eerste ervaringen. In de woorden van Marina van Dijk:

"Ik sta er nog volledig achter. Nieuwe Sporen heeft een signaleringsfunctie. Er liggen heel veel krachten bij de vertrouwenspersonen in de gemeenschap. Neem het voorbeeld van die Surinaamse mevrouw. Met haar vereniging heeft ze te maken met veel allochtone vrouwen die kampen met psychosomatische klachten, die vooral voortkomen uit hun geïsoleerde positie van thuiszitten. Die vrouw wil daar iets aan doen en komt op eigen initiatief bij mij met een plan: het gaat om het coördineren van vrijwilligers onder allochtone vrouwen, die tegen een kleine onkostenvergoeding kunnen worden ingezet binnen allerlei reguliere instellingen, buurthuizen en zorgcentra. Ze geeft aan dat ze daar geld voor nodig

heeft. Ik koppel dat dan terug naar iemand uit de Stuurgroep en iemand van een Haagse organisatie die fondsen verschaft aan projecten van vrijwilligers. Vervolgens zijn die personen met die mevrouw gaan praten en hebben haar gevraagd wat ze precies wil. In zulke situaties probeer ik de nodige contacten te leggen, zodat mensen ondersteuning krijgen.”

Naast positieve ontwikkelingen houdt de projectmedewerker ook zoveel mogelijk rekening met suggesties voor verbetering. Zo vernam ze van sommige vrouwen dat het project momenteel te zeer gericht is op mannen, terwijl de posities van vrouwen en jongeren onderbelicht zouden blijven. Ook zou Nieuwe Sporen te sterk georiënteerd zijn op imams. De projectleider neemt deze signalen serieus en gaat daar de komende periode aan werken.

Het winnen van vertrouwen van de diverse betrokkenen is een ander punt dat voortdurend haar aandacht vraagt. In dit verband heeft men de spreekuren en de onkostenvergoeding ingesteld. Men vindt dat er iets tegenover de inspanningen van de betrokkenen moet staan. Ook wil men voorkomen dat er onvrede ontstaat bij de vertrouwenspersonen, hun gezin en hun achterban (12). Desondanks rezen er op een gegeven moment problemen met de imam, die spreekuur houdt. Hij zei dat hij vroeger gratis kruiden verstrekke, maar dat hij daar door het toenemend aantal patiënten niet mee door kan gaan. Hij moet ze namelijk zelf ook kopen. Vervolgens is besloten dat de imam aan patiënten een vergoeding van f 25,- mag vragen, die ze zelf moeten betalen. Ook de Surinaamse hulpverlenster heeft moeite met de onkostenvergoeding. Ze zegt er geld bij te moeten leggen, bijvoorbeeld voor vervoerskosten en andere onkosten.

Daarnaast komt het doorverwijzen moeizaam van de grond. Zowel genoemde Marokkaanse imam als de Surinaamse vrouw vertellen met enige teleurstelling dat de reguliere hulpverlening nog nauwelijks patiënten naar hen verwijst. Dit laatste blijkt voor de reguliere hulpverleners een lastig punt. Er zijn gesprekken gevoerd met drie huisartsen van het gezondheidscentrum waarin de imam spreekuur houdt. Twee van hen zijn terughoudend. De eerste zegt:

“Ik heb nog niet zoveel mensen naar hem verwezen. Ik zie problemen bij verwijzing. Ten eerste neem je als arts, als je iemand naar hem verwijst, een bepaalde verantwoordelijkheid op je. De imam is iemand die goed zijn best doet en integer is. Maar

als je naar een beroepsgenoot verwijst, dan weet je naar wie je dat doet. Maar bij een imam is dat een totaal ander verhaal. Heeft hij bijvoorbeeld een beroepsgeheim? En hoe gaat hij daar mee om? Als mensen zelf een imam zoeken dan is dat hun eigen keus. Dat is iets anders dan wanneer jij als arts naar een imam verwijst. Ten tweede vraag ik mij af wat zijn deskundigheid is. (...) Ik verwijs daarom niet rechtstreeks, maar suggereer in de trant van: ‘misschien zou u eens met een imam kunnen praten. We hebben er hier één zitten, u kunt naar hem toe als u dat wilt.’ Ten derde zijn het religieuze leiders. En ik kan niet van iedereen weten hoe streng ze in de leer zijn. In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld bij opvoedingsproblemen, moet je dat toch weten. (...) Ik weet het niet. Ik heb het gevoel dat je het alternatieve alternatief moet laten. Het feit dat mensen zelf iets zoeken en vinden is al belangrijk. Dat is bijvoorbeeld anders dan in de reguliere zorg, waar alles wordt geregeld. Mensen raken dan verloren in grote instituten. Bij alternatieve genezers krijgen patiënten meer aandacht. Ze interpreteren die aandacht ook anders. Bovendien hebben zulke genezers vaak een verhaal. Als je bijvoorbeeld iriscopisten neemt, waar ik zelf overigens helemaal niet in geloof, dan zie je dat ze mensen aan de hand van hun diagnoses een heel verhaal voorleggen. Ze zien daar dan iets in. Gaan we ons nu met zulke alternatieve therapieën bezighouden, dan doe je misschien wel een deel van de werking teniet.”

De tweede huisarts zegt:

“Ik denk dat islamitische genezers, zoals deze imam, een plaats in de samenleving hebben. Het kan voor mensen helpen doordat ze een verklaring voor hun ziekte of problemen krijgen. Zulke genezers geven klachten een plaats, ze brengen zielenrust en ze bieden patiënten de gelegenheid om een bepaalde schuld af te schuiven. Ik ken mensen die er echt van zijn opgeknapt. (...) Maar ik ben niet in staat om patiënten naar de imam bij ons in het gezondheidscentrum te verwijzen. Ik heb totaal geen zicht op de kwaliteit. Je moet niet vergeten dat er ook een hoop oplichters bij zitten. Ook vanuit medisch-ethisch opzicht vind ik het beter als ik mij op de vlakke houd. Ik heb absoluut niet de deskundigheid om criteria voor kwaliteit aan te leggen. (...) De imam is volgens mij wel integer. Maar ik heb nog niemand naar hem verwezen en ik zie ook geen reden om het wel te doen. Ik vind dat we als reguliere hulpverleners

binnen ons eigen kader, dus het biomedische model, moeten blijven werken en dat zo goed mogelijk moeten ontwikkelen. Dat vind ik belangrijker dan op zoek te gaan naar allerlei alternatieve zaken, die zich op een terrein bevinden waar we niet deskundig in zijn. Een voorbeeld is dat we sinds kort één middag per week een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van Parnassia in de praktijk hebben. Bij bepaalde patiënten denk je weleens: 'er wrikt iets, maar ik kan er niet achter komen'. Die sociaal-psychiatrisch verpleegkundige haalt via een goede anamnese bepaalde zaken toch boven water. Het blijkt bijvoorbeeld dat mensen die aan een depressie lijden baat hebben bij gesprekken met die verpleegkundige, terwijl ik dan pillen voor kan schrijven. Andere voorbeelden van ontwikkelingen binnen ons eigen model in ons gezondheidscentrum zijn het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, het aanstellen van een CARA-verpleegkundige en het migrantenspreekuur."

De derde huisarts heeft inmiddels aan enkele patiënten voorgesteld om naar de imam te gaan, maar geeft wel grenzen aan:

"Ik spreek niet zo graag over verwijzen, omdat dat te actief klinkt. Er zijn patiënten met klachten waarvoor je bij god niet weet hoe je verder moet. Of je hebt patiënten met atypische klachten zoals warme voeten en koude tenen, eenzijdige verlammingssgevoelens, halfzijdige pijnen of sensaties of zogenaamde mieren in het hoofd. Nogmaals, ik stuur ze niet direct door maar breng het voorzichtig ter sprake. (...) Nu de Marokkaanse imam spreekuur in ons gezondheidscentrum houdt, zeg ik tegen sommige allochtone patiënten: 'we hebben hier een imam in huis en hij vraagt geen geld, zou u niet eens met hem willen praten?' Het gaat dus om patiënten, waarmee ik eigenlijk uitgedokterd ben. Normaliter, als het om Nederlandse patiënten gaat, zeg ik dan dat men naar een homeopathisch arts zou kunnen gaan of aan yoga kan gaan doen. Maar in het geval van allochtone patiënten zou dit wel eens kunnen werken. (...) De imam is een heel integer iemand. Maar hetgeen hij doet grenst een beetje aan het werken met kruiden en bidden met behulp van de koran. Ik denk dat hij maar voor een beperkte groep patiënten van mij van dienst kan zijn. (...) Ik zou weleens contact willen hebben met een imam die – vanuit zijn cultuur – ouders die problemen hebben met hun kinderen, zou kunnen leren hoe ze dat moeten aanpakken. Zulke mensen stuur ik niet naar de

imam die bij ons spreekuur houdt. Want voor opvoedingsproblemen is hij denk ik ook niet geschikt. Hetzelfde geldt trouwens voor patiënten met psychiatrische problemen. Ik heb namelijk begrepen dat de imam vindt dat mensen die aan schizofrenie lijden zouden moeten stoppen met de medicijnen die ze van de RIAGG krijgen. Hij zou hebben gezegd dat zijn kruiden niet gecombineerd kunnen worden met medicijnen van de RIAGG. Daarom ben ik heel huiverig om mensen met psychische problemen naar hem te verwijzen. Kijk ik blijf in de eerste plaats een allopaat. Ik vind ook dat we daar eens met de imam over moeten gaan praten, in een soort evaluatie."

Deze uitspraken illustreren dat er behoefte is aan discussie over de afbakening van medische en religieuze taken en verantwoordelijkheden. Het project leert bovendien dat er ook discussies ontstaan tussen vertrouwenspersonen onderling. Zo beschouwt de eerder genoemde Marokkaanse vertrouwenspersoon zichzelf als imam, omdat hij destijds in Marokko als zodanig is opgeleid. Een andere Marokkaanse imam (werkzaam bij een moskee) betwist dat. Dit hangt samen met het feit dat eerstgenoemde imam niet bij een moskee werkzaam is én met het afwijzende theologische standpunt dat de tweede imam inneemt tegenover de praktijken van de eerste imam (7).

Zoals gezegd is Nieuwe Sporen een experimenteel project. De initiatiefnemers waren zich ervan bewust dat zich, ondanks de gedrevenheid van betrokkenen, in de praktijk de nodige obstakels zouden voordoen. Door de kleinschalige opzet en de sterke gerichtheid op de praktijk hoopt men daar zicht op te houden en verbeteringen in aan te brengen. Men beschouwt het met recht als een "incrementeel proces", waarbij men met vallen en opstaan tot vernieuwing van de zorg hoopt te komen. In lijn daarmee wordt – als aanzet voor verdere discussie en evaluatie – in de slotbeschouwing aangegeven welke lering men kan trekken uit de eerste ervaringen.

Slotbeschouwing

In een eerder nummer van dit tijdschrift geeft Nijhuis een intrigerende kennistheoretische beschouwing over de huidige geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen in Nederland (3). Daarmee beoogt hij te komen tot een structurele vernieuwing van deze sector. In navolging van Pasanea (in hetzelfde nummer) wijst hij op de culturele grondslag van de

reguliere geneeskunde in ons land (1). Hij schrijft dat kennis over de werkelijkheid op verschillende manieren kan worden verkregen. Door een combinatie van historische, sociale en culturele factoren domineert in onze samenleving de “wetenschappelijke” manier van kennis vergaren. De twee belangrijkste criteria daarbij zijn: causaliteit en objectiviteit. Dit op de natuurwetenschappen gebaseerde denken ligt ook ten grondslag aan de geestelijke gezondheidszorg. Naar aanleiding van de signalen dat de huidige geestelijke gezondheidszorg niet aansluit bij de psychische situatie van allochtone patiënten stelt Nijhuis deze manier van denken ter discussie. Hij vraagt zich af of het conventionele wetenschappelijke denken in alle gevallen geschikt is om de complexe werkelijkheid van alledag adequaat te doorgronden. Als het bijvoorbeeld gaat om de zorg voor allochtonen is het volgens hem de vraag of het gangbare biomedische denken bruikbaar is om inzicht te verkrijgen in de psychische problemen die bij hen kunnen spelen. Dit denken gaat immers – juist door zijn “wetenschappelijke” aard – voorbij aan belangrijke factoren die een essentiële rol spelen bij het ontstaan van psychische problemen, namelijk persoonlijke geschiedenissen en maatschappelijke omstandigheden waarin mensen verkeren. Het begrijpen en doorgronden van die factoren vereist een meer “subjectieve” benadering.

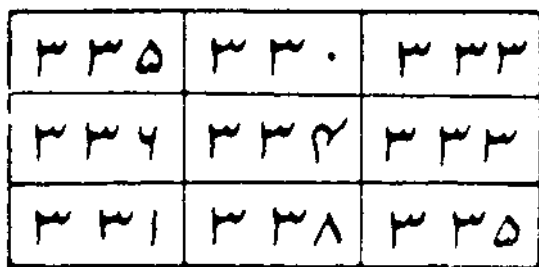
Evenals Pasanea spreekt Nijhuis zich daarom uit voor het doorbreken van de dominantie van het biomedische model: *“Het genereren van kennis via andere, niet wetenschappelijke wegen dient ten minste gelijk te worden gewaardeerd als de standaardmethoden van onze moderne geestelijke gezondheidszorg.” Als concreet voorbeeld noemt hij Nieuwe Sporen, waarvan hij zegt dat het “het belang accentueert van de cultuureigen methodes, waarmee problemen worden begrepen en benaderd. Het verbindt de zienswijzen en methoden van ons autochtone zorgsysteem met die van zorgsystemen uit andere culturen”.*

Ik deel de zorg van Pasanea, Nijhuis en anderen over de huidige hulpverlening aan allochtonen. Ook ik vind dat er door andere vormen van diagnostiek en therapie meer aandacht zou moeten komen voor de belevingsaspecten van ziekten. Het is dan ook lovenswaardig dat men juist door geregeld overleg met gezaghebbende personen in de migrantengemeenschappen – via bijvoorbeeld Nieuwe Sporen – tot veranderingen wil komen.

Wat de haalbaarheid betreft vind ik dat Pasanea en Nijhuis echter te weinig oog hebben voor de sociale factoren, die ten grondslag liggen aan de door hen bekritiseerde dominantie van het biomedische model in onze samenleving. In hun analyse gaan ze namelijk voorbij aan het feit dat die dominantie niet alleen allochtone maar ook autochtone patiënten parten speelt. Niet voor niets nemen vele autochtone Nederlanders hun toevlucht tot alternatieve geneeswijzen (13). In hun analyse van wat er mis is in de hulpverlening aan allochtone patiënten, fixeren Pasanea en Nijhuis zich te zeer op de verschillen in culturen tussen “allochtone” hulpvragers en “autochtone” hulpverleners. Naast culturele factoren spelen sociale, politieke en economische factoren namelijk een minstens zo belangrijke rol. Anders gezegd, Pasanea en Nijhuis concentreren zich te zeer op het culturele niveau van het menselijk samenleven, terwijl ze het sociale niveau negeren (7). Hiermee doel ik op zaken als macht en belangen, die een rol spelen bij het in stand houden van de dominantie van het biomedische model. Indien bijvoorbeeld wordt gepleit voor een “gelijkwaardige” inbreng van “cultuureigen methodes”, dient men rekening te houden met die sociale feiten. Wat dat laatste betreft verwijs ik naar de uitspraken van genoemde huisartsen. Redenerend vanuit het biomedisch paradigma stellen ze zich terughoudend op als het om doorverwijzen gaat. Voor een werkelijke “gelijkwaardige” bijdrage van bedoelde vertrouwenspersonen is er dan ook meer nodig dan het overbruggen van de grenzen tussen allochtone en autochtone culturen. Ook de grenzen tussen “reguliere” (formele) en “alternatieve” (informele) geneeswijzen en deskundigheden zouden moeten worden doorbroken. Dat zou een radicale transformatie van het huidige systeem van gezondheidszorg betekenen, hetgeen “gezien de huidige stand van zaken” voorlopig nog niet aan de orde is. Hoewel dit laatste een zaak is van de lange termijn, kan Nieuwe Sporen desondanks worden gezien als een initiatief dat daar een eerste aanzet toe vormt. Ook daarvoor verwijs ik naar hetgeen genoemde huisartsen zeggen. Ze laten weliswaar duidelijk blijken vanuit het biomedisch paradigma te blijven werken, maar tegelijkertijd geven ze met voorbeelden aan dat daarbinnen veranderingen kunnen worden gerealiseerd. Tevens erkennen ze de maatschappelijke en medische betekenis van de inspanningen van informele vertrouwenspersonen. Daarbij doelen ze op de behandeling van ziekten en problemen, waarvoor ze zelf ook geen pasklaar antwoord hebben.

Voor het vervolg van Nieuwe Sporen is het daarom van belang dat reguliere hulpverleners en informele vertrouwenspersonen in onderling overleg uitmaken welke ziekten en problemen beiden het beste kunnen behandelen. Voortgaande casuïstiekbespreking lijkt hiervoor een zeer geschikt middel. Ook zou men moeten uitmaken wat beide partijen onder "deskundigheid" verstaan en waar elkaar's grenzen liggen. Maar last but not least zal men via voortgezet onderzoek ook de belevingswereld van de patiënten een duidelijke plaats moeten geven. Het gaat immers in de eerste plaats om de zorg voor hen. Om dat te benadrukken sluit ik af met een casus van een Turkse vrouw van 28 jaar. Ze vertelt dat ze vijf jaar geleden ernstig ziek werd:

"Ik had wat artsen noemen een depressie. Ik zat dag en nacht in angst en was heel bang dat ik dood zou gaan. Ik heb zes maanden geen oog dicht gedaan en kon niet eten, omdat mijn keel dichtgeknepen zat. Ik ben toen twintig kilo afgevallen. Ook had ik last van hartkloppingen. (...) Soms dacht ik dat het büyü (zwarte magie, C.H.) was en soms ook weer niet. Ik ben naar de huisarts gegaan. Hij heeft een hartfilmpje laten maken, maar er was niets te vinden. De dokter heeft toen kalmeringsmiddelen voorgeschreven en mij naar de fysiotherapeut gestuurd. Van hem kreeg ik ademhalingsoefeningen, omdat ik hyperventileerde. (...) De huisarts kon er ook niets aan doen. Hij zei dat ik naar een imam zou kunnen gaan. (...) Vanaf die winter tot de volgende zomer heb ik het volgehouden. Toen ben ik tijdens onze vakantie in Turkije met mijn man naar een hoca gegaan. Die vertelde dat het büyü was. Hij heeft een nuska (amulet) geschreven."



Amulet ter bescherming tegen kwaad (uit "Zestien soerah's en [smeek]gebeden" van Maulana Goelam Rasoel Alladien. 1992: 130).

Op de vraag of ze weet wie zwarte magie tegen haar had gebruikt, antwoordt ze:

"Dat was mijn schoonmoeder in Turkije. Dat heeft die hoca gezegd. Er was iets begraven. Een cin (boze geest) heeft dat mij gebracht. Vandaar die doodsangst. Mijn schoonmoeder wil dat mijn man alleen maar aan haar denkt."

Nadat ze destijds was genezen, keerden de problemen begin dit jaar terug:

"We hebben het er met mijn schoonmoeder over gehad, maar ze stopt niet. Pas geleden ben ik daarom naar de imam in het gezondheidscentrum geweest. Ik kreeg steeds maar ruzie met mijn man, er zat iets tussen ons. Ik hyperventileerde en had weer rare gedachten. Ik was weer bang dat ik dood zou gaan. Het was weer büyü. Mijn schoonmoeder wil dat we al ons geld naar haar sturen. Maar we hebben zelf ook kinderen. Daar krijgen mijn man en ik ruzie over. Hij vindt het ook niet leuk dat het niet goed gaat. Ik wil niet dat hij zijn ouders in de steek laat, maar ze hebben eigenlijk helemaal niets nodig. In mijn geloof staat dat je je ouders en schoonouders moet verzorgen. Maar dan niet op zo'n manier. Daar word ik ziek van. De imam heeft het nagekeken en iets voor mij gemaakt. Die nuska draag ik bij mij en het heeft geholpen. Je moet er echt in geloven, want anders helpt het niet. (...) Dit keer ben ik niet bij de huisarts geweest, omdat ik wist wat er was."

Deze casus leert hoezeer culturele factoren een rol spelen bij de beleving van en de omgang met ziekten en problemen. Via zorgvuldig opgebouwde contacten met informele vertrouwenspersonen, biedt Nieuwe Sporen formele hulpverleners de kans daar, in zeer praktische zin, kennis van te nemen. Ook wordt duidelijk welke maatschappelijke betekenissen niet-reguliere vormen van hulpverlening hebben.

Literatuur:

1. Themanummer: "Allochtonen en geestelijke gezondheid". Epidemiol Bul Grav 1999; 34 nr.2/3.
2. Stedelijke Adviesraad Multiculturele Stad (SAM). Leren omgaan met kleurrijke culturen. Naar een ontvankelijk en toegankelijke interculturele geestelijke gezondheidszorg. Conceptnota. Den Haag 1997.
3. Nijhuis HGJ. Reflecties op de voorgaande bijdragen. Epidemiol Bul Grav 1999; 34 nr. 2/3: 37-43.
4. Janssen Malen in molenland. Volkskrant Magazine van 11 maart 2000.
5. Van Dijk R, Jong J de. Hulpverlener moet zich aanpassen aan migrant. NRC Handelsblad van 2 maart 2000.
6. STIOM. Knelpunten in de communicatie tussen migranten en zorgverleners. Verslag van een werkconferentie. Den Haag, 1997.

- STIOM. Projekt Psycho-sociale zorg migranten. Verslag van de onderzoeksfase (fase 1): interviews en expertmeetings met sleutelfiguren uit verschillende Haagse migrantengemeenschappen. Den Haag, 1998.
- STIOM. Projekt Psycho-sociale zorg migranten (fase 2): naar een kleinschalig experiment. Den Haag: 1999.
- Vijf jaar STIOM. Ervaringen op het grensvlak van gezondheidszorg en welzijn. Den Haag: Amrit Consultancy en STIOM 1998.
7. Hoffer C. Islamitische genezers en hun patiënten. Gezondheidszorg, religie en zingeving. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Proefschrift. Universiteit Leiden. Leiden 2000.
 8. Peeters RF. Health and Illness of Moroccan Immigrants in the City of Antwerp, Belgium. Soc Science Med 1985; 22: 679-85.
 9. Timmerman C. De attitude van Turkse vrouwen tegenover de westerse gezondheidszorg. Medische Antropologie 1992; 4 nr.2: 155-61.
 10. As-Suyuti J. Medicine of the Prophet. (Vertaling door A. Thomson.) London: Ta-Ha Publishers, 1994.
 11. Ullmann M. Islamic Medicine. Edinburgh University Press. Edinburgh 1978.
 12. Dijk M. van. Initiatief "Nieuwe Sporen". Concept- evaluatieverslag van de uitvoeringsfase (fase 2): STIOM. Den Haag, november 1999.
 13. Aupers S, Otterloo A van. New Age. Een godsdiensthistorische en sociologische benadering. Kampen: Kok, 2000.
-

Etnische pluriformiteit op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het MCH, Westeinde ¹⁾ in Den Haag

Mw. M.E. Huitema, W.C. Kleijn, P.J. Dörr, C.A. Yedema, M.F. Schutte en Mw. J.M. Richters

Om de kwaliteit van de gynaecologische en verloskundige zorg voor allochtone patiënten te verbeteren begon half 1998 een exploratief onderzoek op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het Haagse Medische Centrum Haaglanden en het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Inmiddels is het deelonderzoek van de contactinventarisatie afgerond. Van tweeduizend Haagse patiënten is bij het eerste patiëntcontact de herkomst, de reden en de route van aanmelden genoteerd. Het onderzoek levert in dit stadium al een aantal belangrijke uitkomsten op. De landen van herkomst bleken letterlijk verspreid over de hele wereld. En de EHBO en het spoedspreekuur werden veel minder 'ten onrechte' bezocht dan verwacht. Overduidelijk is nu reeds dat er vele communicatieproblemen zijn die niet alleen met de beheersing van het Nederlands te maken hebben.

Het is genoegzaam bekend dat in de gezondheidszorg, vooral in de grote steden, meer en meer patiënten worden gezien van niet-Nederlandse afkomst. Zij verschillen vaak van Nederlanders, maar ook onderling, in sociale en culturele achtergrond. Een deel van hen bevindt zich in een achterstandsituatie wat betreft zorg. De achterstand wordt veroorzaakt door een complex van factoren, zoals risicofactoren die samenhangen met migratieproblematiek, sociaal-economische omstandigheden, specifieke ziektepatronen, specifiek zorggebruik en onvoldoende toegankelijkheid en gepastheid van de zorg (1)(2)(3)(4)(5). Gestructureerde kennis over wat van de kant van de zorg kan worden verbeterd is schaars. Voor zover aanwezig heeft de kennis vooral betrekking op de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening en in

veel mindere mate op de somatische gezondheidszorg. Teneinde de kennis over de kwaliteit van de somatische zorg voor allochtone patiënten te verbeteren is half 1998 een *exploratief* onderzoek gestart naar de kwaliteit van de gynaecologische en verloskundige zorg voor een etnisch pluriforme patiëntenpopulatie. Gekozen werd voor niet-academische ziekenhuizen in stadswijken waar veel allochtonen wonen: het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde (korthedshalve voortaan MCH genoemd) te Den Haag en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam.

Het onderzoek omvat een uitvoerige registratie van patiënten bij aanmelding (kenmerken als etniciteit, klacht, diagnose en aanmeldingsroute), interviews met hulpverleners, en interviews met patiënten. Uiteindelijk zullen de resultaten van de drie onderdelen – zowel de gegevens met betrekking tot het MCH als het OLVG – in onderlinge samenhang worden geanalyseerd.

Dit artikel beschrijft de uitkomsten van de inventarisatie van patiëntcontacten met hulpverleners op de polikliniek gynaecologie/verloskunde. In vervolgnummers van dit bulletin zal verslag worden gedaan van de overige delen van het onderzoek. In het volgende artikel van dit tijdschrift wordt ingegaan op de in gang gezette aanpassingen in het ziekenhuis, die in ieder geval de communicatie tussen de hulpverlener en niet-Nederlandse patiënten moeten verbeteren.

Vraagstellingen en werkwijze

In de inventarisatie van patiëntcontacten werd antwoord gezocht op de volgende vraagstellingen:
– hoe is de verdeling naar etniciteit van de patiëntenpopulatie bij aanmelding op de polikliniek

Over de auteurs:

Mw. M.E. Huitema, psycholoog werkzaam bij de afdeling Vrouwengezondheidszorg van het Leids Universitair Medisch Centrum; W.C. Kleijn, psycholoog, onderzoeker bij de sectie Medische Psychologie van het Leids Universitair Medisch Centrum en bij Centrum '45; P.J. Dörr en C.A. Yedema, beiden werkzaam als gynaecoloog in het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde en M.F. Schutte, gynaecoloog in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en Mw. J.M. Richters, arts-antropoloog werkzaam bij de afdeling Vrouwengezondheidszorg van het Leids Universitair Medisch Centrum.

- gynaecologie/verloskunde;
- met welke gynaecologische-verloskundige klachten komen patiënten daar;
- via welke route (regulier/niet-regulier) melden ze zich aan.

In de periode van 16 juli 1998 tot 1 februari 1999 hebben hulpverleners op de polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, locatie Westeinde ruim tweeduizend nieuwe patiënten geregistreerd. Van al deze patiënten zijn in die periode de 'etniciteit', de 'klacht bij binnenkomst', de 'locatie van binnenkomst' en de uiteindelijke 'diagnose' voor het onderzoek genoteerd ²⁾. Dit gebeurde alleen wanneer de patiënt een 'informed consent'-formulier had ingevuld. De hulpverleners schatten dat ze 10-15% van de eerste aanmeldingen op de poli voor het onderzoek hebben gemist en dat circa 5% heeft geweigerd. De reden van weigering was vaak dat het de patiënt niet duidelijk was wat met de gegevens zou gebeuren.

Aan de hand van het geboorteland van de patiënt zelf en dat van één of van beide ouders werd vastgesteld of een patiënt als autochtoon of allochtoon kon worden ingedeeld ('autochtoon' = zelf in Nederland geboren en beide ouders in Nederland geboren; 'allochtoon' = zelf in het buitenland geboren en/of één of beide ouders in het buitenland geboren). Van de patiënten die werden ingedeeld als allochtoon werd vervolgens bepaald tot welke generatie zij behoren ('eerste generatie' = niet zelf in Nederland geboren; 'tweede generatie' = zelf in Nederland geboren, maar één of beide ouders niet in Nederland geboren).

De resultaten

Het merendeel van de patiëntenpopulatie viel in de leeftijdscategorie van 15-45 jaar (35% tussen 15-30 jaar; 35% tussen 30-45 jaar en 11% tussen de 45-60 jaar). Deze leeftijdsverdeling wijkt niet af van die van de gemiddelde gynaecologische praktijk.

Tabel 1.

Patiënten uit de regio Midden-Oosten en Azië naar geboorteland. Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, locatie Westeinde. Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.

Geboorteland van patiënt	%
Pakistan	23,9
Indonesië	15,6
China	13,8
India	11,9
Iran	10,1
Hong Kong	5,5
Irak	4,6
Afghanistan	3,7
Sri Lanka	2,8
Filippijnen	2,8
Bangladesh	1,8
Overig Midden-Oosten en Azië	3,5
Totaal Midden-Oosten en Azië	100,0

¹⁾ Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde. In dit artikel staat polikliniek niet alleen voor de reguliere polikliniek, maar ook voor het spoedspreekuur gynaecologie/verloskunde, de verloskamer en de EHBO (op laatstgenoemde locatie zover het patiënten betreft die door de gynaecoloog worden gezien).

²⁾ Voor de registratie van de klacht bij binnenkomst en de diagnose werd gebruik gemaakt van registratielijsten van de Landelijke Gynaecologische Registratie (LGR). Deze LGR-registratielijsten beogen uniformering van de gynaecologische gegevensregistratie. Zij zijn opgesteld door een commissie van de Nederlandse beroepsvereniging voor gynaecologen (NVOG) en zijn momenteel in revisie. De lijsten zijn voor onderhavig onderzoek enigszins aangepast.

Etniciteit

De onderzoeksgegevens met betrekking tot de geboortelanden van de patiënten kunnen op twee manieren worden bekeken. Op de eerste plaats kan er een onderscheid worden gemaakt tussen allochtone en autochtone patiënten. De onderzoeksresultaten laten dan zien dat volgens onze definitie 32% van de onderzochte patiëntenpopulatie autochtoon is en 68% van de patiëntenpopulatie allochtoon. De allochtone patiëntenpopulatie bestaat uit eerste en tweede generatie patiënten. In Figuur 1 is te zien dat slechts 7% van het totaal aantal patiënten behoort tot de tweede generatie. Het aandeel eerste generatie allochtonen is vele malen groter (61%).

Naast bovengenoemd onderscheid kan er worden gekeken naar de geboortelanden van de patiënten. Ruim een derde van de bezoekers is in Nederland geboren (39%). 7% Van deze in Nederland geboren patiënten is zoals hierboven vermeld allochtoon maar van de tweede generatie. De anderen zijn buiten Nederland geboren (Figuur 2). Daarvan komen de meesten uit Suriname, Turkije en Marokko (samen 40%), maar er komen ook veel patiënten uit andere landen en werelddelen (20%). Figuur 3 illustreert de groep 'overigen', verdeeld naar wereldregio. Hoewel er ook patiënten in West-Europese landen zijn geboren, blijkt dat drie kwart uit deze groep is geboren in Midden- of Zuid-Amerika, het Midden-Oosten, Azië of Afrika.

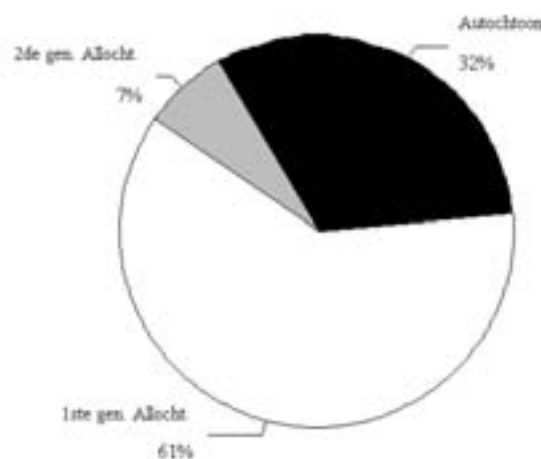
Tabel 2.

Aard van de klachten bij aanmelding van de patiënten voor het onderdeel verloskunde en voor gynaecologie. Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, Westeinde. Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.

Verloskunde	Aant.	%	Gynaecologie	Aant	%
Zwangerschap eerste 20 weken zonder klacht	187	31	Menstruatiestoornissen	381	28
Zwangerschap met klacht / complicatie < = 20 weken	132	22	Pijnklachten	310	23
Zwangerschap met klacht / complicatie > 20 weken	132	22	Anticonceptiewens	118	9
Zwangerschap zonder klacht / complicatie na 20 weken	45	8	Uitstrijkje	102	7
Genetic counseling	37	6	Vruchtbaarheidsstoornis(sen)	98	7
Totaal verloskunde	533	89	Totaal gynaecologie	1.009	74

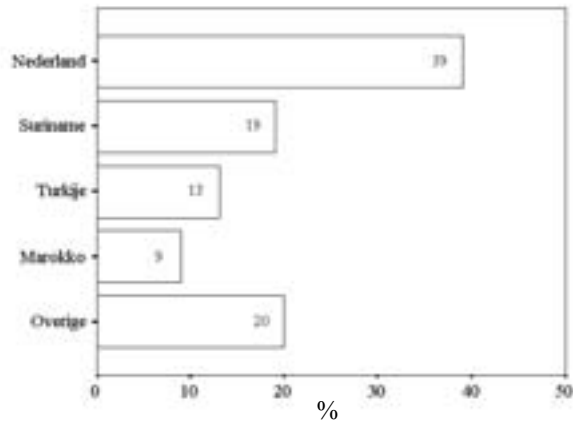
Figuur 1.

Patiënten onderscheiden naar autochtoon en eerste en tweede generatie allochtonen. Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, Westeinde. Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.



Tabel 1 geeft een nadere uitwerking van de heterogeniteit van geboortelanden. Bij wijze van voorbeeld staan hierin de voorkomende geboortelanden van de groep patiënten uit het Midden-Oosten en Azië. Andere wereldregio's geven een wat diversiteit vergelijkbaar beeld. In totaal zijn er buiten Nederland, Suriname, Marokko en Turkije nog eens 77 verschillende geboortelanden geteld!

Figuur 2.
Patiënten naar geboorteland. Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, Westeinde. Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.



Aanmeldingsroute

Berekend voor de totale groep loopt het eerste bezoek in drie van de vier gevallen (73%) via de reguliere poli. Via de EHBO komt 11% voor de eerste keer binnen, via de verloskamer 9% en ten slotte via het poliklinische spoedspreekuur 7%. Interessant is natuurlijk in hoeverre er voor de reguliere en niet-reguliere aanmeldingen verschillen bestaan tussen de diverse bevolkingsgroepen (figuur 4). Zoals de figuur laat zien, zijn er wel enige verschillen tussen de groepen waarneembaar, maar het betreft slechts enkele procenten en die zijn statistisch niet significant.

Reden van aanmelding

Van iedere patiënt werd bij de aanmelding de klachten geregistreerd. In totaal betrof het 2.317 klachten en/of problemen. Alleen de vijf meest genoemde klachten die respectievelijk onder verloskunde en gynaecologie vallen zijn nader bekeken. In totaal gaat het dus om tien hoofdrubrieken. 1.542 Klachten (dit is 89% van de verloskundige en 74% van de gynaecologische klachten) konden in deze hoofdrubrieken worden ingedeeld (tabel 2).

De voornaamste verloskundige klachten betroffen uiteraard problematische zwangerschappen. Wat gynaecologie betreft kreeg men vooral te maken met menstruatieklachten. De vijf belangrijkste gynaecologische klachten zijn voor de diverse bevolkingsgroepen nog eens weergegeven in tabel 3. Er zijn per bevolkingsgroep verschillen zichtbaar in de samenstelling van het klachtenpatroon. Met name in de groep Marokkaanse vrouwen valt op het verhou-

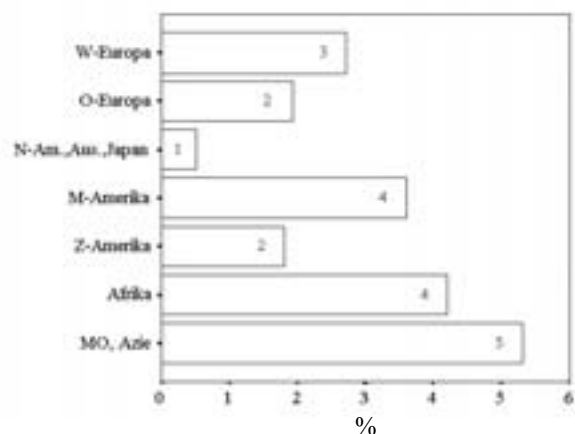
dingsgewijs grote aantal pijnklachten. Eenzelfde beschouwing, maar dan voor de verloskundige poli, laat geen opvallende verschillen zien.

Bespreking

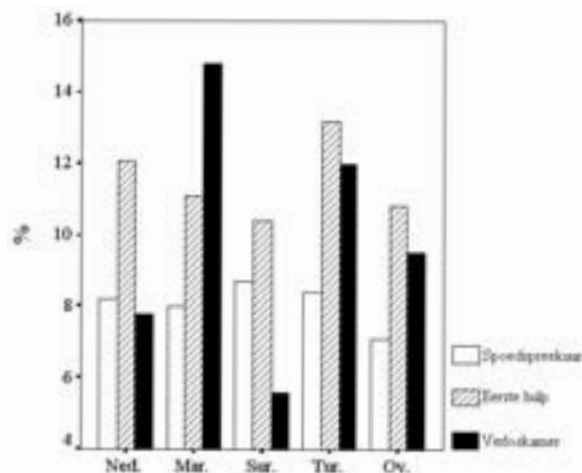
Zoals in de inleiding reeds is beschreven betreffen de resultaten een contactinventarisatie in het kader van een uitgebreider onderzoek. De uitkomsten van het beschreven deelonderzoek zijn evengoed veelzeggend voor de omvang en de geaardheid van het werk op de polikliniek gynaecologie/verloskunde van een binnenstadsziekenhuis zoals het MCH, Westeinde. Als zodanig zullen ze in dit bestek worden besproken.

De cijfers zeggen weinig over het relatieve voorkomen van bepaalde klachten of problemen onder bijvoorbeeld Surinamers, Turken of Marokkanen. Evenmin zeggen ze op zich iets over de voorkeur van een bevolkingsgroep voor het MCH. Immers hiervoor zijn gegevens nodig over de etnische samenstelling van de bevolking en het voorkomen van problemen in het verzorgingsgebied van het MCH. Er kunnen dus geen incidentiecijfers of contactkansen worden berekend. Voor het wel dan niet tot stand komen van een contact met de poli speelt een complex van factoren een rol. Hierin kan onder andere meespelen, dat bij sommige klachten – bijvoorbeeld om culturele redenen – niet zo snel of juist wel relatief snel hulp bij derden, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, wordt gezocht.

Figuur 3.
Patiënten naar geboorteland specificatie van de groep overigen. Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, Westeinde. Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.



Figuur 4.
Niet reguliere vormen van aanmelding naar
geboorteland patiënt. Polikliniek gynaecologie/
verloskunde van het MCH, Westeinde.
Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999.



De onderhavige inventarisatie levert echter wel andere opvallende uitkomsten op. Het was weliswaar bekend dat veel niet-Nederlanders de polikliniek bezochten, maar niet precies hoeveel. Een verrassende uitkomst is de enorme diversiteit van de geboortelands van de patiënten, die zich aan de poorten van het MCH meldden. De landen van herkomst liggen letterlijk verspreid over de hele wereld.

Tabel 3

Aard van de klacht bij aanmelding van de patiënt naar geboorteland patiënt.
Polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH, Westeinde.
Den Haag, 16 juli 1998 - 1 februari 1999

Aard van de klacht bij aanmelding	Geboorteland van de patiënt				
	Nederland N=406	Suriname N=207	Turkije N=124	Marokko N=59	Overig N=192
Menstruatiestoornis	42	34	31	22	42
Pijnklachten	31	32	26	49	26
Anticonceptiewens	10	14	17	8	10
Uitstrijkje	11	13	6	3	10
Vruchtbaarheidsstoornis	6	7	19	17	12
Totaal	100	100	100	100	100

Een tweede, even onverwachte uitkomst, is dat het percentage eerste generatie patiënten in vergelijking tot het percentage tweede generatie patiënten zo hoog is. Dit heeft uiteraard nogal wat consequenties voor de wijze waarop de zorg wordt, of idealiter zou moeten worden, aangeboden.

Bij de operationalisering van het begrip 'etniciteit' op basis van geboorteland(en) is enige nuancering noodzakelijk. Een dergelijke indeling houdt immers geen rekening met het handelen en de beleving van de betreffende persoon zelf in de Nederlandse samenleving. Zo kunnen voor de afzonderlijke vrouwen de ervaren rechtspositie, het bereikte onderwijsniveau, de economische participatie-mogelijkheden, en ook de gender, etnische en culturele identiteit nogal verschillend zijn. De wijze van participatie in de Nederlandse zorg zal mede afhangen van de wijze waarop de vrouwen zich tot de Nederlandse cultuur verhouden. De mate van assimilatie dan wel afzondering, integratie dan wel marginalisatie kan sterk van de een tot de ander verschillen. Anders gezegd, de wijze waarop de vrouwen zelf omgaan met de Nederlandse zorg is sterk afhankelijk van haar acculturatieproces (6). Behoren tot een bepaalde door de onderzoeker gedefinieerde etnische groep wil dus niet zeggen dat de persoon daarom per definitie moeilijk te begrijpen en te behandelen is.

Het op de gehanteerde wijze van indelen van patiënten naar etniciteit (ongedifferentieerd gebruikt) in onderzoek is dan ook niet zonder gevaar. Vooral omdat onderzoek onder allochtonen vaak probleemgericht is, ontstaat de kans dat het onderzoek juist bijdraagt aan het verbinden van bepaalde problematiek aan een etnische groep (stigmatisering). Dat kan (meestal onbedoeld) belemmerend werken op het integratie- en emancipatieproces van allochtonen in de Nederlandse samenleving evenals op de kwaliteit van zorg voor allochtonen (7). De interviews met patiënten zullen zeker meer licht werpen op de diversiteit binnen de diverse groepen: de verwachting is dat zal blijken dat de acculturatiestijl mede de houding bepaalt ten aanzien van de aangeboden zorg.

Naast de grote pluriformiteit van de cliëntèle is een andere belangrijke uitkomst, dat de EHBO en het spoedspreekuur veel minder door allochtone vrouwen werden bezocht voor 'gewone' (dat wil zeggen niet spoedeisende) gynaecologische en verloskundige hulpvragen dan de hulpverleners dachten. De aanname dat allochtone vrouwen relatief vaak via niet-reguliere kanalen zouden binnenkomen, werd veelal toegelicht met de opmerking, dat in veel landen van herkomst de gezondheidszorg anders is georganiseerd. Maar in deze inventarisatie bleek geen ander aanmeldingspatroon te vinden. De aanmelding geschiedt volgens voor Nederlandse begrippen normale procedures. Systematische vastlegging van patronen onder niet-Nederlanders kan dus ook onjuiste inschattingen van hulpverleners recht zetten. Hulpverleners denken achteraf dat hun onjuiste inschatting wellicht kan worden verklaard door het feit dat taal- en communicatieproblemen veel tijd kosten en dat er vaak een groot aantal mensen meekomen met allochtone patiënten. In dit onderzoek is de tijdsduur van de consulten op de EHBO niet vastgelegd. Ook is niet bekeken of dezelfde patiënten meer malen kwamen. Aan de hand van de enorme etnische pluriformiteit van de cliëntèle, die zich aandient op de poli gynaecologie/verloskunde, kan op basis van bestaande inzichten reeds worden geconcludeerd, dat dit verstrekkende consequenties heeft voor de communicatie en de inhoud van het werk van de hulpverleners.

Het is amper gedocumenteerd, dat de door hulpverleners geconstateerde problemen in de zorgverlening aan allochtonen, naast de taalproblemen vooral voortvloeien uit de culturele verschillen in gezondheidszorggebruik, de onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, het hebben van onvoldoende kennis van het functioneren van lichaam en geest en de onvoldoende interculturalisatie van de inhoud en organisatie van het zorgaanbod (8).

Wanneer iemand met een andere culturele achtergrond de Nederlandse taal goed beheerst of wanneer er professioneel goed wordt vertaald, dan wil dat nog niet zeggen dat daarmee de communicatieproblemen zijn opgelost. Een vrouw kan een heel ander beeld van het functioneren van het vrouwenlichaam hebben dan dat van het biomedische model en ook verwachtingen hebben van de hulpverlener waar deze niet mee vertrouwt is. Dat kan leiden tot miscommunicatie in termen van elkaar niet goed begrijpen of het niet aansluiten bij elkaars verwachtingspatroon aangaande de zorg (9). Het communiceren vanuit zeer verschillende perspectieven op lichaam, geest, gezondheid en ziekte zou wel eens verkeerde diagnoses en beslissingen, irritaties en frustraties (bij zowel hulpverleners als patiënten) tot gevolg kunnen hebben. Iets wat de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg niet ten goede komt. Het is niet onaannemelijk dat hulpverleners in geval van door hen ervaren communicatieproblemen overgaan tot extra diagnostiek en behandeling. Als gevolg hiervan is bij allochtone vrouwen wellicht sprake van meer onnodige medicalisering. Anderzijds zouden die problemen ook kunnen leiden tot onterecht uitstel van ziekenhuisbezoeken. Het lijkt erop, dat de etnische pluriformiteit zo groot is, dat het onmogelijk is om – nog los van de taalproblemen – voldoende kennis te verwerven over de zo zeer verschillende sociaal-culturele contexten waarin veel klachten moeten worden begrepen.

Samengevat verhogen de volgende factoren het risico op communicatieproblemen:

- De enorme heterogeniteit van patiëntenpopulatie; meer dan 60% is geboren in het buitenland en afkomstig uit zeer veel verschillende landen.

³⁾ In vervolgonderzoek zal dan bijvoorbeeld het voorkomen en de betekenissen van de verschillende klachtenpatronen per bevolkingsgroep nader moeten worden uitgediept. Ook zal de invloed van bijvoorbeeld het gemiddeld gezinsinkomen en andere sociale factoren op het voorkomen van bepaalde klachtenpatronen nader moeten worden beschouwd. In hoeverre bovengenoemde factoren onafhankelijk van etniciteit bepalend zijn voor de frequentie of de duur van het ziekenhuisbezoek is voor de Nederlandse situatie vooralsnog onbekend.

- De uitkomst dat het merendeel van de allochtone patiënten tot de eerste generatie behoort; Nederlands is dus niet de moedertaal.
- Het voor de patiënt vaak op intiem (wellicht zelfs taboe) gebied liggen van haar ‘probleem’; dat betekent dat het inschakelen van een tolk – kennis, kind, echtgenoot, vreemde professionele tolk – (nog) minder eenvoudig is dan bij veel andere medische problemen.

Een groot deel van de hulpverleners op de poli gynaecologie/verloskunde van het MCH ervaart de bestaande etnische pluriformiteit als een uitdaging om – ondanks de vele communicatieproblemen – een goede kwaliteit van zorg te leveren. Maar die kwaliteit vraagt om grote inventiviteit en gepaste methodieken van communicatie, die zeker verder ontwikkeling vragen. Goede gezondheidsvoorlichting over bijvoorbeeld het functioneren van het lichaam zou de taak van artsen aanzienlijk kunnen verlichten. Hierover gaat zoals gezegd het volgende artikel. In de interviews met vrouwen en hulpverleners, die in vervolg op deze eerste inventarisatie van contacten zijn en worden verricht, zullen de verschillende aspecten van de communicatieproblemen verder, vooralsnog op exploratieve wijze, aan de orde komen ³⁾. Het is de verwachting, dat daarmee nieuwe inzichten kunnen worden geleverd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Financiering voor het project werd verkregen van het Henny Verhagen Fonds van de Stichting Vrouwengezondheidszorg en de Gemeente Den Haag.

De auteurs danken de hulpverleners van het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde voor hun bijdrage aan de registratie en de enthousiaste en actieve bijdrage aan de discussies over de vormgeving en inhoud van het onderzoek.

Literatuur:

1. Haveman HB en Uniken Venema P (red). Migranten en gezondheidszorg. Reeks Gezondheidsbeleid, deel 10. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
2. Bedaux T et al. Kwaliteitszorg voor allochtonen: een handreiking voor de praktijk. Nederlands Centrum Buitenlanders. Utrecht 1997.
3. Dahhan N. Zorgvernieuwing; ook voor allochtonen? Naar een kwaliteitsverbetering en positieversterking. FORUM, Instituut voor multiculturele ontwikkeling. Utrecht 1997.
4. Voogt W en Smulders R (red.). Op weg naar 2000: Gezondheidsbeleid voor migranten. Verslag van een werkconferentie op 26 september 1996 ter gelegenheid van het 25-jarige bestaan van het Overlegorgaan Gezondheidszorg en de Multiculturele samenleving (OGM). Nederlands Centrum Buitenlanders. Utrecht, 1997.

5. Fienig B. Denkwerk in uitvoering: Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen. Targuia/Transact. Utrecht, 1998.
6. Berry J. Psychology of Acculturation: Understanding Individuals Moving between Cultures. In: Brislin RW (eds). Applied Cross-Cultural Psychology, Vorss-Cultural Research and Methodology Series 1990; nr. 14: 232-53.
7. Schutte M. Transculturele communicatie. In Obstetrie en Gynaecologie: De voortplanting van de mens, derde herziene druk, Heineman MJ et al. (red). Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999: 89-93.
8. Drewes JBJ. Gezondheidstoestand en zorggebruik. In: Handboek Interculturele Zorg. Neef JE et al (red.). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom: I 26.
9. Richters A en van Vliet K (red.). Gezondheidsvoorlichting aan Marokkaanse vrouwen in Leiden: Verslag van drie deelonderzoeken. Stichting Vrouwengezondheidszorg, Leiden 1999.

Migrantenvoorlichting op de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het MCH, Westeinde ¹⁾

Mw. A.M. Verlaat en Mw. C.J. Kruijthof

Een methode van voorlichting aan migranten, die in de eerste lijn en in welzijnsinstellingen al tien jaar bekend is, doet nu ook zijn intrede in het ziekenhuis. Het gaat om "Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur", kortweg VETC. In het Medische Centrum Haaglanden, locatie Westeinde – gaan drie migrantenvoorlichtsters werken op de polikliniek gynaecologie/verloskunde (een Marokkaanse, een Turkse en een Surinaams-hindostaanse). Het ziekenhuis is voor hun een nieuw werkterrein. De voorlichting wordt afgestemd op de deskundigheid en de belevingswereld van de patiënt. Maar met de intermediaire rol van de VETC streeft men ook naar deskundigheidsbevordering bij hulpverleners.

In het MCH in Den Haag zullen vanaf 1 juli drie migrantenvoorlichtsters werkzaam zijn. Met subsidie van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) wordt op de polikliniek gynaecologie/verloskunde het zogenoemde VETC-concept ingevoerd. VETC betekent "Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur". De methode wordt in welzijnsinstellingen en in de eerste lijn al tien jaar toegepast, maar is in ziekenhuizen nog weinig bekend.

Communicatie tussen artsen en migranten

Ongeveer 70% van de vrouwen die de polikliniek gynaecologie/verloskunde in het MCH bezoeken, is van allochtone afkomst. De vijf gynaecologen zijn Nederlands. Zij spreken enkele buitenlandse talen (twee van hen spreken Spaans), maar niet de talen van de meest voorkomende groepen patiënten (zie het vorige artikel in dit bulletin). Bovendien is taal niet de enige bepalende factor voor communicatie (1).

In onderzoek naar de communicatie tussen allochtone patiënten en Nederlandse artsen is de huisarts vaker onderwerp van studie dan de specialist. Maar de volgende bevindingen gelden hoogstwaarschijnlijk ook in het ziekenhuis (2)(3). Taalproblemen zijn uiteraard een knelpunt in de communicatie. Hierdoor blijft bijvoorbeeld de hulpvraag onduidelijk, of de patiënt begrijpt de therapie niet. Het feit dat de huisarts en de allochtone patiënt een verschillende cultuur als achtergrond hebben, kan ook aanleiding zijn voor knelpunten. Migrantenvoorlichting legt bijvoorbeeld meer dan Nederlanders de verantwoordelijkheid voor genezing in de handen van artsen en andere deskundigen.

Mede door ervaringen in de gezondheidszorg in het land van herkomst hebben allochtonen soms verwachtingen van de arts die niet worden waargemaakt. Bijvoorbeeld: "Voor Turkse patiënten is

Mevrouw S. van der Meer (gynaecologe):

"In patiëntencontacten met allochtone vrouwen merk ik vaak dat er weinig basiskennis over het eigen lichaam aanwezig is. Dit komt met name naar voren bij patiënten die met vruchtbaarheidsvragen op de polikliniek verschijnen. Het is heel erg moeilijk om duidelijk te maken hoe iemand zwanger wordt. De noodzaak van verschillende onderzoeken die ik bij een patiënt moet doen is hierdoor ook moeilijk uit te leggen. Als gynaecoloog krijg ik vaak het idee dat mensen hier komen en verwachten dat ze dan bijna automatisch zwanger worden. De patiënt is vaak totaal gefixeerd op het zwanger worden of niet. Door gebrek aan inzicht en kennis bij de patiënt is het moeilijk om uit te leggen dat de gynaecoloog alleen kan zorgen voor een verhoging van de kans om zwanger te worden.

Als een voorlichtster uitleg geeft over het functioneren van de geslachtsorganen denk ik dat dit het inzicht van de patiënt kan verhogen".

Over de auteurs:

Mw. A.M. Verlaat, verpleegkundige en gezondheidswetenschapper en Mw. C.J. Kruijthof, arts en bestuurskundige beiden werkzaam als stafmedewerker dienst Zorg bij het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde.

een arts die veel medicijnen voorschrijft een bewijs dat hij er alles aan doet om ze beter te maken" (2). En ten slotte blijkt er weinig communicatie plaats te vinden over persoonlijke en sociale problemen, zodat psychosomatische ziekteverschijnselen moeilijk kunnen worden besproken (2)(4).

In een vergelijking tussen de consulten met Nederlandse en allochtone patiënten heeft de laatste groep korter durende contacten. Daarbij wordt aan migranten minder vaak voorlichting gegeven door de huisarts en er wordt minder vaak een therapeutisch gesprek gevoerd. Door de genoemde knelpunten bestaat er een grotere kans op onnodig diagnostisch en therapeutisch handelen. De kwaliteit en zorgvuldigheid van het medisch handelen worden hierdoor beïnvloed, wat kan leiden tot onvrede, zowel bij de patiënt als bij de arts (2).

Van der Meer:

"De taalbarrière is ook vaak een probleem, bij patiënten met vruchtbaarheidsproblemen moet ik vragen stellen over de seksuele contacten tussen de partners. Als tolk wordt vaak een kind meegenomen. Het is echter moeilijk om met een kind te praten over de seksualiteit van de ouders. De vraag doorspelen naar een migrantenvoorlichtster kan uitkomst bieden".

In het MCH wordt op verschillende manieren ingespeeld op het feit dat een groot deel van de patiëntenpopulatie van allochtone afkomst is (5). De meeste activiteiten betreffen ondersteuning van de zorg. Directe ondersteuning van de communicatie en informatieoverdracht vindt nog niet systematisch plaats. Omdat de gynaecologen aangeven juist daaraan behoefte te hebben, zullen deze zomer drie migrantenvoorlichtsters starten bij de polikliniek gynaecologie/verloskunde.

Migrantenvoorlichting met behulp van VETC

VETC is in Nederland vooral ontwikkeld door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) (6). De afkorting VETC staat voor: Voorlichting in de Eigen Taal en vanuit de eigen Cultuur van allochtonen. De voorlichter heeft dezelfde afkomst als de voor te lichten groep. VETC-ers (voorlichters eigen taal en cultuur) hebben een basisopleiding gevolgd waarin kennis en vaardigheden zijn aangeleerd. De kennis betreft een

De heer J. Lind (gynaecoloog):

"Een taalbarrière kan lastig zijn, maar je moet voorkomen dat je er aan gaat ergeren. Als je met taal onvoldoende informatie krijgt zul je een andere manier moeten zoeken. Dan zul je bijvoorbeeld toch wat extra aanvullend onderzoek moeten doen".

groot aantal onderwerpen, vooral op het terrein van gezondheid en opvoeding. De vaardigheden zijn gericht op communicatie en voorlichting. De voorlichting is bedoeld voor allochtonen die onvoldoende Nederlands spreken om actief deel te nemen aan Nederlandstalige voorlichtingsactiviteiten, of die om andere redenen weinig of geen gebruik maken van Nederlandse voorlichtingskanalen.

Kennisoverdracht en preventie zijn de belangrijkste doelstellingen. De gegeven informatie sluit aan bij de eigen cultuur, zowel op het gebied van gebruiken en gewoonten, als wat betreft achterliggende ideeën over ziekte en gezondheid. Mede hierdoor wordt de voorlichting gericht op de belevingswereld van de deelnemer. Het kennisniveau, de ervaringen en de mogelijkheden van de deelnemers zijn uitgangspunten bij de voorlichting. Onderwerpen die binnen de eerste lijn worden behandeld, zijn onder andere: vrouwenklachten, voeding, organisatie van de gezondheidszorg in Nederland en diabetes.

Het bevorderen van zelfredzaamheid, mondigheid, 'lotgenotencontact' en het doorbreken van sociaal isolement zijn bijkomende doelen. Daarom wordt

Mevrouw P. Hymans (doktersassistente polikliniek):

"Vaak is het moeilijk om aan een allochtone vrouw onderzoeken uit te leggen; ik denk dan aan uitleg van het doel van het onderzoek en de nodige voorbereidingen. Aan de ene kant kan de taalbarrière hierbij een probleem zijn, aan de andere kant is het voor mij ook niet altijd duidelijk of mijn uitleg wordt begrepen. Hierbij kan de inzet van een migrantenvoorlichter een oplossing bieden. Dan is er geen taalbarrière en ik denk ook dat een allochtone vrouw zich prettiger en vertrouwder voelt als ze de informatie krijgt via een vrouw uit de eigen cultuur. Mijn inschatting is dat het voor een allochtone vrouw makkelijker is aan een migrantenvoorlichter aan te geven of informatie niet wordt begrepen en zo ja welke. Dit probleem zie ik met name bij vrouwen die met vruchtbaarheidsproblemen op de polikliniek komen; bij deze vrouwen zijn veel onderzoeken nodig. Een duidelijke uitleg en het begrijpen van de uitleg door de vrouwen is dus heel belangrijk".

¹⁾Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde.

ook aandacht besteed aan vaardigheden, bijvoorbeeld bij het gebruik maken van de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij wordt de deelnemer aangesproken op de reeds aanwezige kennis en vaardigheden. Het uitwisselen van ervaringen wordt binnen groepsvoorlichting gestimuleerd.

Project: "Migrantenvoorlichting Verloskunde en Gynaecologie"

Over de aantallen allochtone vrouwen die de polikliniek gynaecologie/verloskunde van het MCH bezoeken, kunt u in het vorige artikel lezen. Voor hen is het project "Migrantenvoorlichting Verloskunde en Gynaecologie" gestart. De centrale doelstelling van het project is het verbeteren van de zorg aan deze groep vrouwen. Deze verbetering wil het MCH bewerkstelligen door de inzet van migrantenvoorlichters ter ondersteuning van de voorlichting. Op verschillende niveaus is ondersteuning van belang:

- kennisoverdracht aan allochtone vrouwen;
- formulering hulpvraag;
- kennisoverdracht aan gynaecologen.

Elke patiënt heeft recht op informatie die zoveel mogelijk aansluit op haar kennisniveau en belevingswereld. Ze moet over onderzoek en behandeling kunnen beslissen op basis van begrijpelijke informatie ('informed consent') en heeft dus kennis en informatie nodig (7). Om patiëntgerichte kennis en informatie te kunnen geven, moet de arts de hulpvraag begrijpen en inzicht hebben in de belevingswereld van niet-Nederlandse vrouwen.

Lind:

"Ik verwacht dat de voorlichtster vooral een belangrijke rol kan spelen bij het uitleggen van aanvullend onderzoek en de eventuele gevolgen daarvan. Bijvoorbeeld bij diagnostiek bij zwangeren, naar eventuele aangeboren afwijkingen. Resultaten van dergelijk onderzoek hebben vaak de vorm van kansen en risico's. Je kunt geen eenduidig antwoord geven. Dat vind ik heel moeilijk uit te leggen".

De voorlichtster zal de informatie van de arts aanvullen en met de patiënt bespreken vanuit de eigen taal en cultuur. Door terugkoppeling naar de arts, kan ze een verduidelijking van de hulpvraag bewerkstelligen. In deze terugkoppeling kunnen culturele betekenissen en achtergronden worden toegelicht, waardoor kennis en inzicht bij de gynaecoloog zullen toenemen.

Bij ervaringen in de eerste lijn is gebleken dat de migrantenvoorlichtster een bijdrage levert aan verbetering van de communicatie. Patiënten geven aan

een beter begrip te ervaren bij de hulpverlener en door een grotere 'culturele nabijheid' krijgen hulpverleners een duidelijker beeld van de problematiek en de hulpvraag van de migrant (8).

Van der Meer:

"Daarnaast is het vaak niet inzichtelijk hoe belangrijk zwanger worden is in een cultuur en wat de betekenis hiervan is in een relatie. Iemand uit dezelfde cultuur van de patiënt kan mij als gynaecoloog daarin meer inzicht geven".

Afhankelijk van de onderwerpen zal de informatievoorziening op de polikliniek individueel of groepsgericht worden georganiseerd. Bij individuele voorlichting heeft de gynaecoloog bijvoorbeeld de mogelijkheid de patiënt uit te nodigen op het spreekuur van de voorlichtster. Patiënt en voorlichtster kunnen samen proberen de hulpvraag zo concreet mogelijk te formuleren en de voorlichting van de arts kan worden aangevuld.

Thematische groepsvoorlichting zal vorm krijgen in overleg met de migrantenvoorlichtsters en extern betrokkenen. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij ervaringen in de extramurale gezondheidszorg (onder andere in het wijk- en dienstencentrum De Rubenshoek). Onderwerpen die binnen groepsvoorlichting aan de orde kunnen komen zijn bijvoorbeeld: hoe werken de inwendige geslachtsorganen van de vrouw en wat gebeurt er tijdens de zwangerschap met het lichaam van de vrouw.

Van het project worden ook neveneffecten verwacht: door algemene terugkoppeling van informatie aan artsen en andere ziekenhuismedewerkers kan brede deskundigheidsbevordering plaatsvinden. Inzicht in sociaal-culturele aspecten van patiëntenvoorlichting komt de communicatie met alle patiënten ten goede. Voorlichting in eigen taal en cultuur past wat dat betreft binnen het kwaliteitsbeleid van het MCH, dat is gericht op een methodische aanpak en patiëntgerichte zorg.

Van der Meer:

"Vrouwen komen nog weleens met vragen die ze eigenlijk bij de huisarts zouden kunnen stellen. Voor ons zou het dus ook van belang zijn dat er bij allochtonen meer inzicht is in hoe de Nederlandse gezondheidszorg in elkaar zit. Ik krijg vaak het idee dat er weinig vertrouwen is in de huisarts, zeker in mannelijke huisartsen: 'wat weten die nu van vrouwen-zaken'. De voorlichtster zou hierin een informatieve rol kunnen hebben".

Voorlichtingstrajecten en evaluatie

De migrantenvoorlichtsters zullen in een aantal voorlichtingstrajecten werkzaam zijn. Gestart wordt met basisvoorlichting, waarbij aandacht wordt besteed aan de algemene anatomie en fysiologie van het lichaam.

Van der Meer:

“Voor mij als gynaecoloog is het onbekend hoe de allochtone patiënt de zwangerschap beleeft. Ik heb snel de indruk dat patiënten uit bepaalde andere culturen heel klagerig zijn tijdens hun zwangerschap. Deze patiënten hebben meer klachten dan andere patiënten bij de normale controles. Ik vraag me dan af of dat ook cultureel bepaald is of misschien samenhangt met weinig inzicht van de patiënt in wat normaal is. Maar het blijft bij interpretaties, inzicht heb ik daar niet in. Door gesprekken met een voorlichtster denk ik daar meer inzicht in te krijgen”

Op basis van de ervaringen met de basisvoorlichting zullen de vervolgotrajecten worden ingezet. In deze vervolgotrajecten zal aandacht worden besteed aan voorlichting voor zwangeren en pre-operatieve voorlichting. Om de vervolgotrajecten vorm te kunnen geven zal het MCH een vervolgopleiding aanbieden die aansluit op de basisopleiding. Bij de samenstelling van deze vervolgopleiding zal het MCH samenwerken met de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) van de GGD en met het NIGZ.

De inhoudelijke en procedurele aanbevelingen die zullen voortkomen uit het onderzoek “Gynaecologie/Verloskunde en Sociaal-culturele Diversiteit” zullen worden verwerkt in het project en in de vervolgopleiding.

In de evaluatie van het project wordt nagegaan in hoeverre de gewenste effecten worden behaald. De uitkomsten van het kwalitatieve deelonderzoek van de studie “Gynaecologie/Verloskunde en Sociaal-culturele Diversiteit” bieden belangrijke informatie voor de evaluatie. Hierin geven hulpverleners en patiënten hun mening over poliklinische consulten. In de loop van het project zal worden onderzocht in hoeverre deze meningen veranderen/verbeteren.

Werving, selectie en start

In Den Haag zijn ongeveer 36 migrantenvoorlichtsters opgeleid in een basisopleiding. De afdeling GVO van de GGD coördineert de opleiding en de inzet van de

voorlichtsters. Uit deze groep werft het MCH drie voorlichtsters. De grootste groepen allochtone vrouwen die de polikliniek gynaecologie/verloskunde bezoeken zijn van Marokkaanse, Turkse en Surinaams-hindostaanse afkomst. De drie voorlichtsters zullen dan ook afkomstig zijn uit deze groepen.

Bij de vormgeving van de voorlichting op de polikliniek wordt gebruik gemaakt van de ervaringen van andere instanties in Den Haag, met name in de eerste lijn, en de ervaringen van de voorlichtsters. Het ziekenhuis is voor de migrantenvoorlichtster een nieuw werkterrein. De begeleiding van de samenwerking van de voorlichtsters met andere ziekenhuismedewerkers is dan ook belangrijk. Een medewerker van de polikliniek zal op de werkvloer als mentor fungeren.

In de inhoudelijke voorbereiding vinden de volgende activiteiten plaats: beschrijven van duidelijke regels voor alle betrokkenen, een bezoek aan de Rubenshoek, bestuderen van de inhoud van de cursus en gesprekken met een aantal voorlichtsters uit de regio. De verwachtingen van ziekenhuismedewerkers enerzijds en de voorlichtsters anderzijds moeten duidelijk worden uitgesproken, om teleurstellingen en frustratie te voorkomen. Uit andere ervaringen blijkt dat de grenzen van het vakgebied van de migrantenvoorlichtster ook aan patiënten duidelijk moeten worden gemaakt, om te voorkomen dat ze primair als uitvoerend hulpverleenster wordt beschouwd (8).

Wanneer de rol van de voorlichtster voor alle partijen duidelijk is, kan haar eigen professie vorm krijgen in het ziekenhuis.

Van der Meer:

“In het ziekenhuis komen verschillende verzoeken binnen voor maagdenvliescorrecties. Voor de gynaecologen is het moeilijk te bepalen wat mensen hiervan verwachten. Mijn ‘Nederlandse’ benadering is: je bent toch al met iemand naar bed geweest, dat is niet meer te veranderen en derhalve blijft het grootste probleem in je hoofd zitten. Wat voor een andere cultuur het grootste probleem is, is moeilijk in te schatten. Wie of wat de angst oproept is moeilijk te bepalen. Door het nabespreken van patiëntencontacten met een voorlichtster denk ik dat wij als gynaecologen hier meer inzicht in kunnen krijgen”.

De positie van de migrantenvoorlichtsters in het MCH is gebaseerd op een arbeidsovereenkomst van anderhalf jaar. Daarnaast zullen de voorlichtsters contact blij-

ven houden met de afdeling GVO van de GGD. Door hun inzet in het ziekenhuis wordt een verbreding bewerkstelligd van mogelijkheden voor de Haagse migrantenvoorlichtsters, wat hopelijk een aanzet biedt tot structurele inbedding in ziekenhuizen.

De voortgang van het project zal ook in dit tijdschrift worden beschreven, evenals de resultaten van de evaluatie.

Met dank aan Mw. S. van der Meer en de heer J. Lind, gynaecologen en Mw. P. Hymans, doktersassistente in het Medisch Centrum Haaglanden.

Literatuur:

1. Hoffman EM. Het zijn mensen die elkaar ontmoeten, en niet culturen. Handboek interculturele zorg. De Tijdstroom: Utrecht, 1996.
2. Gerits YC en Dijkshoorn H. Effectevaluatie VETC in de huisartspraktijk; een voormeting. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Amsterdam, 1999.
3. Bruijnzeels MA, Hoop T de en Voorham AJJ. Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk in Rotterdam-zuid. GGD, sector Gezondheidsbevordering. Rotterdam, 1998.
4. Erp R van en Kraetzer S. De communicatie tussen huisartsen en migranten. De groepsgewijze dialoog als methode. Epidemiol Bul Grav 1997; 32 nr. 4: 10-4.
5. Bommel A van, Gruijter AWIM de, Kruijthof CJ en Ramdhani AK. Moslim en Hindoe geestelijke verzorging in ziekenhuizen. Epidemiol Bul Grav 1999; 34 nr. 2/3: 30-4.
6. Tien jaar Voorlichting in de Eigen Taal en Cultuur over Gezondheid en opvoeding. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Woerden, 1998.
7. Scharw%ochter WH en Laarhoven JF van. Communiceren met allochtone patiënten. Medisch Contact 2000; 55 nr. 21: 784-7.
8. Opschoor A en Danz MJ. Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum. Epidemiol Bul Grav 1997; 32 nr. 1: 14-7.

Het bevolkingsonderzoek borstkanker in Den Haag

Een beschrijving van het screenings-programma

Mw. P.A.M. Bun en Mw. C.H. Kuiper

De Stichting Kankerpreventie West-Nederland voert bijna tien jaar lang het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uit in Den Haag. Alle vrouwen in de leeftijd van 50 tot 75 jaar worden nu voor het onderzoek uitgenodigd.

De screening voorkomt dat per jaar circa 20-25 Haagse vrouwen in de leeftijd van 50 tot 69 jaar overlijden aan borstkanker, dit op basis van landelijke schattingen. In binnenstadswijken in Den Haag is de opkomst voor het borstonderzoek nog te laag. Hier ligt een belangrijke taak voor de huisarts.

In september 1990 startte de Stichting Kankerpreventie West-Nederland (SKPW) ¹⁾ met het bevolkingsonderzoek borstkanker in Den Haag. In september van dit jaar werkt de SKPW dus al tien jaar aan vroege opsporing van borstkanker. In dit artikel wordt ingegaan op de doelstelling, het proces en de resultaten van het bevolkingsonderzoek borstkanker.

Het doel van het bevolkingsonderzoek borstkanker

Het doel van het bevolkingsonderzoek is de sterfte aan borstkanker terug te dringen. Wanneer borstkanker in een vroeg stadium wordt ontdekt is de kans op genezing en op een minder zware behandeling groter. Hiertoe worden vrouwen van 50 tot 75 jaar eens in de twee jaar uitgenodigd om een mammografie te laten maken.

Naar schatting één op de tien vrouwen in Nederland krijgt ooit in haar leven borstkanker. Borstkanker is hiermee de meest voorkomende soort kanker bij vrouwen in Nederland: ruim 30% van alle vrouwen die kanker krijgen, krijgt borstkanker. De gemiddelde overlevingskans van borstkanker (in het algemeen) is vijf jaar na ontdekking ongeveer 70 à 80%. Wanneer de kanker is beperkt tot de borst is dit ongeveer 80 à 95% (1). Hoe kleiner de tumor, hoe groter de overlevingskans.

In Nederland is een afweging gemaakt van de voordelen en de nadelen voor de invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek. Er bestaat consensus over dat de voordelen opwegen tegen de nadelen.

De doelgroep

Alle vrouwen van 50 tot 75 jaar worden voor het bevolkingsonderzoek uitgenodigd. In deze leeftijdscategorie hebben vrouwen het hoogste risico om borstkanker te krijgen. Weliswaar komt bij vrouwen beneden de 50 jaar borstkanker ook regelmatig voor, maar het nut van een tweejaarlijkse mammografische screening bij deze vrouwen is (nog) niet aangetoond. Om twee redenen worden vraagtekens geplaatst bij een verlaging van de leeftijdsgrens (2). Ten eerste is bij jongere vrouwen de hoeveelheid klierweefsel in de borsten groter, waardoor de röntgenfoto moeilijker te beoordelen is. Ten tweede groeit borstkanker op jongere leeftijd meestal sneller, waardoor een tweejaarlijkse screening minder effectief is. Een frequentie van één maal per jaar is voor deze leeftijdsgroep echter niet kosten-effectief.

Over de auteurs:

Mw. P.A.M. Bun, coördinerend screeningsradioloog en Mw. C.H. Kuiper, voorlichtingskundige, beiden werkzaam bij de Stichting Kankerpreventie West-Nederland.

¹⁾ De SKPW is een samenwerkingsverband tussen het Integraal Kankercentrum West (IKW) en de GGD'en in de regio.

Tot 1999 werden alleen de vrouwen van 50 tot 69 jaar uitgenodigd. Medio 1999 is de doelgroep bij wijze van proef uitgebreid met vrouwen van 70 tot 75 jaar. Deze uitbreiding is in Den Haag meteen gerealiseerd. Dit proefonderzoek zal ten minste tien jaar duren en moet aantonen of het bevolkingsonderzoek ook voor deze vrouwen meer voordelen dan nadelen biedt en kosten-effectief is. Bij oudere vrouwen is er meer kans op overdiagnostiek en overbehandeling. Door de kortere levensverwachting hebben naar verhouding meer vrouwen nauwelijks of geen winst in levensjaren. Ook is de groeisnelheid van borstkanker lager dan bij vrouwen onder de 70 jaar.

Het bevolkingsonderzoek is niet bestemd voor vrouwen met klachten. Bij klachten die zouden kunnen wijzen op borstkanker moet uiteraard niet worden gewacht op een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek, maar is het verstandig direct contact op te nemen met de huisarts. Bovendien is in dat geval uitgebreider onderzoek nodig dan bij het bevolkingsonderzoek mogelijk is. Ook vrouwen die onder behandeling of controle zijn voor borstkanker worden geadviseerd niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

Het programma

Eens in de twee jaar worden alle vrouwen in een bepaald postcodegebied die tot de doelgroep behoren uitgenodigd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de informatie uit de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA). Alle postcodegebieden komen één keer in de twee jaar aan de beurt. Een interval van twee jaar plus of min twee maanden tussen twee screeningsronden is toegestaan. Doordat de SKPW momenteel een tekort heeft aan radiodiagnostisch laboranten is het moeilijk de continuïteit in deze frequentie te waarborgen

en komt het soms voor dat in een postcodegebied deze termijn wordt overschreden. Huisartsen werkzaam in de gebieden waar dit het geval is worden hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld.

De kosten per onderzoek worden jaarlijks berekend en hangen onder andere af van het aantal deelneemsters. Per onderzoek komt dit neer op zo'n f 85,- à f 90,-.

In de uitnodigingsbrief die de vrouwen ontvangen staan datum, tijd en plaats van het onderzoek. De meeste onderzoeken in Den Haag worden op de onderzoekseenheid in het GGD-gebouw aan de Thorbeckelaan verricht, een aantal op een verplaatsbare onderzoekseenheid. Per eenheid werken gemiddeld drie laboranten die de mammografieën maken. Een vrouw kan de afspraak telefonisch verzetten of afzeggen. Wanneer een vrouw de afspraak telefonisch afzegt, wordt haar gevraagd naar de reden hiervoor. Ze is niet verplicht deze te geven. Als een vrouw helemaal niet reageert, ontvangt ze binnen enkele weken een herhalingsuitnodiging. Daarop kan ze ook aangeven waarom ze niet wenste deel te nemen.

Wanneer een vrouw voor het eerst deelneemt aan het bevolkingsonderzoek worden per borst opnamen in twee verschillende richtingen gemaakt: de cranio-caudale (van boven naar beneden) en de oblique (in schuine richting) opnamen. In de vervolgronde wordt standaard per borst slechts een opname in één richting gemaakt; de oblique opname. De foto's worden direct ontwikkeld en de laborante bekijkt of ze goed te beoordelen zijn. Als dit niet het geval is worden er extra foto's gemaakt.

Twee radiologen beoordelen de foto's onafhankelijk van elkaar, waarbij consensus moet worden bereikt over de uitslag. Binnen twee weken krijgt de vrouw de uitslag schriftelijk thuis. Bij ongeveer 98% van de deelneemsters is er geen reden voor nader onderzoek, bij 1 à 2% is dit wel het geval. Wanneer nader onderzoek nodig is, wordt de huisarts altijd eerder dan de

Tabel 1.

Doorverwijzingen en diagnoses borstkanker naar aanleiding van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Den Haag 1998.

	Aantal deelnemers	Percentage doorverwijzingen (N)	Percentage diagnoses borstkanker na doorverwijzing (N)
Eerste ronde	2.337	2 (N= 44)	41 (N=18)
Vervolgronde	8.976	1 (N= 84)	48 (N=40)
Totaal	11.313	1 (N=128)	45 (N=58)

vrouw op de hoogte gesteld (zowel telefonisch als schriftelijk). Maandelijks worden er overzichten naar de desbetreffende huisartsen verstuurd van vrouwen bij wie geen nader onderzoek nodig was.

In geval van nader onderzoek

In de brief die de vrouw ontvangt van de SKPW met het advies dat nader onderzoek nodig is, wordt ze verzocht zich tot haar huisarts te wenden. De vrouw volgt dan een traject dat buiten de organisatie van het bevolkingsonderzoek valt, het zogenaamde natraject. De huisarts verwijst de vrouw naar een chirurg die de verdere diagnostiek en eventuele behandeling in het ziekenhuis coördineert en uitvoert. Vanuit het ziekenhuis vindt terugkoppeling van de bevindingen plaats naar de radioloog van het bevolkingsonderzoek ten behoeve van kwaliteitsbevordering en de jaarlijkse, landelijke evaluatie. Vanuit de SKPW wordt een bijdrage geleverd aan de toetsing en verbetering van het natraject.

Als na verder onderzoek in het ziekenhuis blijkt dat een vrouw geen borstkanker heeft, wordt ze twee jaar later weer door de SKPW uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek (als ze ten minste, gezien haar leeftijd, nog in de doelgroep valt). Wanneer een vrouw wel borstkanker blijkt te hebben, ontvangt ze geen uitnodiging meer voor het bevolkingsonderzoek.

Het kan nooit volledig worden uitgesloten dat bij vrouwen die deelnemen aan het bevolkingsonderzoek toch borstkanker wordt ontdekt tussen twee screeningsronden in, de zogeheten intervalcarcinomen. In het Nederlandse bevolkingsonderzoek borstkanker wordt bij 4 op de 1.000 vrouwen een *screeningscarcinoom* en bij 1 à 2 op de 1.000 een *intervalcarcinoom* gediagnosticeerd²⁾. Bij 50% van de intervalcarcinomen is er retrospectief min of meer wat te zien op de screeningsfoto's. Dit is vaak niet voldoende voor nader onderzoek, anders zouden er teveel vrouwen onnodig worden doorverwezen (de zogenaamde minimal signs). Bij de andere 50% is er ook retrospectief niets te zien op de screeningsfoto's. Het betreft meestal vormen van borstkanker die zich in korte tijd openbaren en zodoende met de tweejaarlijkse screening worden



fotografie: Loek Zuiderduin

gemist. Bij 15% van deze intervalcarcinomen is echter ook op de mammogrammen die ten tijde van de diagnose in het ziekenhuis zijn gemaakt, niets te zien.

Resultaten

Opkomst

In Den Haag zijn in 1998 11.313 vrouwen in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker onderzocht. Dit is een opkomst van 72%. De gemiddelde opkomst in de rest van de SKPW-regio (Duinen Bollenstreek, Leiden e.o., Delft e.o., Zoetermeer e.o. en Gouda e.o.) is 82%. Het College Voor Zorgverzekeringen gaat uit van een deelname van minimaal 70% om een bevolkingsonderzoek effectief te laten zijn. Van de 'niet-deelnemers' gaven 1.936 vrouwen (40%) een reden op. Van deze 1.936 vrouwen zegt zo'n 60% af vanwege medische redenen (omdat men bijvoorbeeld al onder controle voor borstkanker is). Andere redenen die opgegeven worden zijn onder andere angst voor onderzoek, angst voor straling, het onderzoek niet nuttig achten en principiële redenen.

De opkomst in Den Haag is dus relatief vrij laag, waarbij de participatiegraad in de centrumwijken nog lager is dan het Haagse gemiddelde. De laagste opkomst (minder dan 55%) wordt gevonden in de buurten Groente- en Fruitmarkt en Schildersbuurt. Men gaat ervan uit dat de sociaal-culturele verschillen hierbij een belangrijke rol speelt: opvattingen over gezondheid, cultuurverschillen, taalbarrières, economische factoren, enzovoort, kunnen de opkomst negatief beïnvloeden. Om de opkomst in

²⁾ Deze getallen geven de werkelijkheid enigszins vereenvoudigd weer. Voor een uitgebreidere toelichting wordt verwezen naar de rapportage 1999 van het Landelijk Evaluatieteam (3).

Den Haag te verhogen is recent, in samenwerking met de GGD Den Haag, in de wijken met een lage opkomst 'bij wijze van pilot' een voorlichtingscampagne gevoerd (september 1999 - maart 2000). Naast opkomstverhoging is daarbij tevens een verbeterde informatievoorziening ten doel gesteld. Het wordt belangrijk gevonden dat vrouwen op basis van de juiste informatie een gegronde keuze maken om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek. De resultaten van deze campagne zullen medio 2000 bekend zijn en worden gepubliceerd in dit tijdschrift. Naar aanleiding van deze resultaten zullen voorlichtingsacties structureel worden geïmplementeerd.

Uitslag

Tabel 1 laat zien dat 128 Haagse vrouwen in 1998 de uitslag kregen dat nader onderzoek nodig was; 44 vrouwen die voor het eerst deelnamen en 84 vrouwen die aan een vervolgronde deelnamen. Dit is respectievelijk 2% en 1% van het totaal aantal deelnemers in Den Haag. Voorgaande jaren laten eveneens dergelijke percentages zien.

Uit de cijfers in de tabel kan ook worden opgemaakt dat bij 41% van de vrouwen (N=18) die na de eerste ronde werden doorverwezen, ook de diagnose borstkanker werd gesteld. Van het aantal doorverwezen vrouwen na een vervolgronde bleek 48% (N=40) borstkanker te hebben. Naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker werd in Den Haag in 1998 dus 58 keer borstkanker vastgesteld.

Het aantal van 58 gevonden gevallen van borstkanker mag uiteraard niet gelijk worden gesteld met de gerealiseerde sterftereductie. Voor enkele vrouwen is de diagnose wellicht toch nog te laat gesteld. Voor andere vrouwen kan gelden dat de diagnose ook zonder het bevolkingsonderzoek tijdig gesteld zou zijn, bijvoorbeeld doordat de vrouw zich naar aanleiding van klachten tot haar huisarts zou hebben gewend. Op basis van de landelijke cijfers is de verwachting dat door het bevolkingsonderzoek het aantal sterfgevallen aan borstkanker met ongeveer 1 op de 6 zal afnemen. Dit is een reductie van de sterfte aan deze ziekte in Nederland met zo'n 16 à 17%, wat wil zeggen dat jaarlijks ongeveer 700 keer voorkomen kan worden dat een vrouw sterft aan borstkanker (4). In de totale groep vrouwen van 50 tot 69 jaar bij wie borstkanker wordt geconstateerd, wordt de sterftereductie geschat op 30% en in dezelfde groep vrouwen die regelmatig deelnemen aan het bevolkingsonderzoek op 45%.

Als deze landelijke schattingen van toepassing zouden zijn op de situatie in Den Haag dan zou dit neerkomen op een schatting van 20 à 25 voorkomen sterfgevallen in Den Haag per jaar.

Tot slot

Er zijn nog altijd vrouwen die het bevolkingsonderzoek niet kennen. Ook leven er onder vrouwen veel vragen over het bevolkingsonderzoek of over de ziekte borstkanker. Met name huisartsen spelen een belangrijke rol in deze informatieoverdracht. Zij kunnen vrouwen wijzen op het belang van het bevolkingsonderzoek, hun vragen beantwoorden of hen aangeven waar ze met vragen terecht kunnen (onder andere bij de SKPW). Ook folders of andere voorlichtingsmaterialen in de wachtkamer kunnen een belangrijke informatiebron zijn voor vrouwen uit de doelgroep en/of hun sociale omgeving. Voor huisartsen is het belangrijk te weten dat vrouwen met klachten niet dienen te wachten op een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Deze vrouwen moeten worden onderzocht bij de huisarts of worden doorverwezen. Klachten die zouden kunnen wijzen op borstkanker zijn: een knobbeltje in de borst, een deukje of kuiltje in de huid of een plaatselijk verdikte huid van de borst, een tepel die sinds kort naar binnen trekt, bloederig vocht uit de tepel of veranderingen van de tepel (roodheid, schilfertjes of eczeem).

Voor informatie of het aanvragen van voorlichtingsmateriaal kunt u de Stichting Kankerpreventie West Nederland bellen: tel. 071 – 525 97 59

Literatuur:

1. Vereniging van Integrale Kankercentra in Nederland. Feiten en Fabels. Utrecht, januari 2000.
2. Gezondheidsraad: Commissie WBO. Wet bevolkingsonderzoek: borstkankeronderzoek in een groepspraktijk. Gezondheidsraad. Rijswijk, 1997.
3. Landelijk Evaluatieteam voor Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker in Nederland (LETB) VII. Rotterdam, 1999.
4. Koning HJ de. Effects and Costs of Breast Cancer Screening. Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam, 1993.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Hulpmiddelen voor suiker- patiënten

Ondanks grote onderzoeksinspanningen kwamen de laatste tien jaar weinig nieuwe producten op de markt voor het meten van het bloedsuikergehalte en het toedienen van insuline. Het vergt meer tijd dan verwacht om hiervoor nieuwe technieken te ontwikkelen. Door de verwachte groei van het aantal diabetespatiënten in de komende 20 jaar met ongeveer 45% zullen het gebruik en de kosten van hulpmiddelen eveneens sterk stijgen.

De invoering van de zelfcontrole van het bloedsuikergehalte in de jaren tachtig heeft grote positieve gevolgen gehad voor de patiënten en de diabeteszorg. De thans beschikbare hulpmiddelen zijn gebruiksvriendelijk, geven de patiënt meer vrijheid in leefstijl en dragen bij aan het voorkómen op lange termijn van problemen met nieren, ogen, hart en bloedvaten. Toch moeten de mensen met diabetes nog steeds herhaaldelijk vingerprikken om hun bloedsuikergehalte te meten en kan insuline nog steeds alleen maar worden toegediend per insulinepen en bij een beperkt aantal patiënten per insulinepomp. Continu werkende glucosemeters die het nemen van een vingerprik overbodig maken, zijn in een vergevorderd sta-

dium van ontwikkeling. Het zal echter nog wel 10-20 jaar duren voor systemen voor automatische koppeling tussen glucose-meting en insuline-toediening gereed zijn voor praktische toepassing.

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om de alvleesklier of de insuline producerende cellen te transplanteren, zodat de patiënt zelf weer insuline kan produceren. Er wordt daarbij gezocht naar wegen om te voorkómen dat er levenslang afweeronderdrukkende geneesmiddelen moeten worden geslikt. Het zal echter nog aanzienlijke tijd duren voor deze technieken beschikbaar komen voor de patiënt.

Als gevolg van groei en vergrijzing van de bevolking en verwachte trends in het aantal nieuwe gevallen van diabetes is de schatting dat het aantal diabetespatiënten in 2020 circa 430.000 zal bedragen. Dit aantal hangt onder andere af van het vóórkomen van ernstig overgewicht in de Nederlandse bevolking en van een verbeterde opsporing van de ziekte de komende tijd. In 1999 waren er naar schatting 300.000 gediagnosticeerde patiënten: 2% van de Nederlandse bevolking. De groei in het aantal patiënten leidt waarschijnlijk tot een forse stijging van het gebruik en van de kosten van hulpmiddelen voor de zelfcontrole van het bloedsuikergehalte en de toediening van insuline. Pas als er manieren worden gevonden om suikerziekte te genezen of te voorkómen, zou het hulpmidde-
lengebruik ook kunnen dalen.

Voor meer informatie: RIVM, afd. Voorlichting, tel.: 030 - 274 25 60/30 05, fax: 030 - 274 44 71, e-mail: voorlichting@rivm.nl.

Actuele informatie

Module 'Reizigersadviesing en -immunisatie'

De Netherlands School of Public Health (NSPH) organiseert de module 'Reizigersadviesing en -immunisatie' voor artsen werkzaam op het gebied van de infectieziektebestrijding. De module is onderdeel van de leergang 'Infectieziektebestrijding' maar kan ook als afzonderlijke module gevolgd worden. Data: maandagen 18 september, 2 en 30 oktober, 6 en 13 november en 4 december 2000 (toets). Plaats: NSPH, Utrecht. Kosten deelname: f 3.625,-.

Voor nadere informatie kan de brochure 'Infectieziektebestrijding 2000-2002' worden aangevraagd bij de NSPH, tel. 030 - 291 32 32.

Nieuw preventieplan sport- blessureleed

Jaarlijks ontstaan 2 miljoen acute sportblessures, waarvan er 800.000 (40%) medisch worden behandeld. Daarnaast hebben zo'n 300.000 sporters in een periode van 3,5 maand last van geleidelijk ontstaan sportletsel. Uit nieuw onderzoek van de Universiteit Utrecht blijkt dat het aantal

medisch behandelde blessures licht is gedaald (3%) in vergelijking met vijf jaar geleden.

De kans op sportletsel dat leidt tot enig arbeidsverzuim blijft onverminderd op ongeveer 10% van het totaal aantal sportblessures. De omvang aan arbeidsverzuim door acute blessures is echter duidelijk gedaald. Hadden in 1992/'93 nog 289.000 werkende sporters circa 2 miljoen werkdagen verzuimd ten gevolge van acute sportblessures, in 1997/'98 waren 152.000 werkende sporters gezamenlijk goed voor ongeveer 1,2 miljoen werkdagen arbeidsverzuim ten gevolge van acute sportblessures.

Gezien het nog immer omvangrijke aantal sportblessures in Nederland blijft blessurepreventie noodzakelijk. Derhalve is heden beschikbaar een nieuw vervolg op het nationaal actieprogramma Sport Blessure Vrij.

Het actieprogramma is een initiatief van NOC*NSF en Consument en Veiligheid en wordt ondersteund door het ministerie van VWS, de Lotto en ZorgOnderzoek Nederland.

Om de doelmatigheid te vergroten en versnippering van aandacht tegen te gaan wordt de komende jaren intensief samengewerkt met een beperkt aantal sportbonden. De overige bonden en verenigingen krijgen een gelimiteerde hoeveelheid ondersteuning op maat vanuit een nieuw op te zetten Expertise- en ondersteuningspunt van de projectorganisatie Sport Blessure Vrij. Samenwerking met onder meer brancheorganisaties van sportzaken, leerkrachten bewegingsonderwijs en gemeenten en GGD-en moet ook sporters bereiken die niet zijn aangesloten bij een sportbond of -vereniging. Informatie blessurecijfers: tel. 026 - 483 47 30; informatie preventiestrategie: tel. 026 - 483 47 11 of 020 - 511 45 11.

Nieuw verschenen

Register Epidemiologisch Bulletin

De inhoudsopgave van 18 jaargangen van het Epidemiologisch Bulletin is opnieuw verzameld in een 'thematisch en auteursregister' voor de jaren 1982-1999. Belangstellenden kunnen dit register aanvragen bij de redactie van het Epidemiologisch Bulletin: mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96, fax: 070 - 353 72 92 of e-mail: i.burger@ocw.denhaag.nl.

Aangifte infectieziekten

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

Op 11 november 1999 is de infectieziekten wet gewijzigd voor wat betreft de wettelijk verplichte melding van infectieziekten. Legionellose is nu ondergebracht in groep B (was groep C). Dit betekent dat iedere arts die de diagnose legionellose stelt, verplicht is hiervan binnen 24 uur melding te doen aan de GGD. Verder is ziekte die veroorzaakt wordt door enterohemorragische *Escherichia coli* aan groep C toegevoegd. Elk laboratorium dat dit micro-organisme isoleert, is nu verplicht dit aan de GGD te melden.

Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd.

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

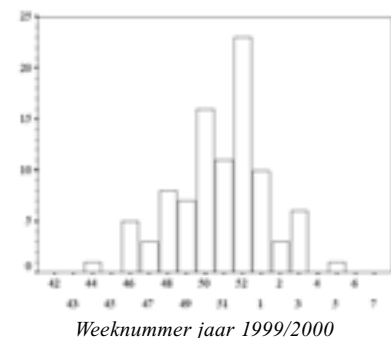
Mazelen:

De landelijke mazelenepidemie begon in april 1999 en lijkt eind maart 2000 vrijwel afgelopen te zijn. De epidemie trof in totaal 3.263 patiënten, voor 82% afkomstig uit de bevolkingsgroep die zich om religieuze redenen niet had laten vaccineren.

In Den Haag werden de eerste gevallen vrij laat in het beloop van de epidemie gemeld, namelijk in week 44 van 1999. Het hoogtepunt werd bereikt in de laatste week van 1999. In het eerste kwartaal van 2000 werden nog 20 nieuwe gevallen van mazelen gemeld. Dit brengt het totaal op 94 gevallen, waaronder slechts drie volwassenen, geboren vóór 1968, het jaar dat mazelenvaccinatie in het Rijks vaccinatieprogramma werd opgenomen. Alle patiënten waren niet gevaccineerd. Opvallend was dat in Den Haag meer dan de helft van de gevallen (52%) kinderen van één school betrof die op antroposofische gronden niet gevaccineerd waren. Bij 9 patiënten (10%) traden complicaties op, zoals longontsteking en middenoorontsteking. Geen van de patiënten is overleden.

Mazelen-epidemie Den Haag.

Aantal



Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster;

Mw. P. van Leeuwen;

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

Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);

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

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	2000 1e kw	2000 2e kw	2000- 3e kw	2000 4e kw	1999 t/m 1e kw	2000 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		mazelen (B)	72				2	72
		meningokokkose (B)*	3				11	3
		kinkhoest (B)**	73				40	73
		rodehond (C)						
		tuberculose (B)	26				21	26
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	28				3	28
		hepatitis C (B)	8					8
	faecaal/oraal	bacillaire dysenterie (B)(3)	5				3	5
		hepatitis A (B)(3)	8				45	8
kinderverlamming (A) (2)								
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithose/psittacose (C)						
		Q-koorts (C)(4)						
	insectenbeet	febris recurrens (B)						
		gele koorts (C)						
		malaria (C)	5				1	5
		virale hemorrhagische koorts (B)	28					28
		vlektyfus (B)						
	beet/speeksel	hondsdolheid (B)						
		pest (B)						
	aanraking	brucellose (C) (4)						
		miltvuur (C)						
omgeving	inhalatie	legionellose (C)	1					1
	consumptie	botulisme (B) (5)						
		buiktyfus (B)					1	
		cholera (B)						
		E.coli 0157 (C)						
		paratyfus A (B)						
		paratyfus B (B)	1					1
		paratyfus C (B)						
		trichinose (C)						
		voedselvergiftiging of voedselinfectie (B)					5	
contact (water/grond/dier)	leptospirose (C)					1		
totaal		258				133	258	

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

* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

** samenvoeging pertussis en atypische pertussis

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(5) ook wondbesmetting

