



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 40, 2005, nummer 1

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002

Zet de stijging van het aantal tienermoeders in Den Haag voort?
Trend opnieuw bekeken in 2001-2004

volksgezondheid

Project Nieuwe Sporen 2002-2004: de meerwaarde van vertrouwenspersonen bij psychosociale problematiek

Voorlichting in eigen taal en cultuur (VETC)

Korte berichten

Colofon

Maart 2005, 40ste jaargang nr.1

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag (kernredacteur);
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen; tel.: 070 - 353 71 05
fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Schreiner.

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469

Lay out en productie

Facilitaire Dienst, Multimedia

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002 <i>I. Burger</i>	2
• Zet de stijging van het aantal tienermoeders in Den Haag voort? Trend opnieuw bekeken in 2001-2004 <i>N.S. Karamanli</i>	9
Volksgezondheid	
• Project Nieuwe Sporen 2002-2004: de meerwaarde van vertrouwenspersonen bij psychosociale problematiek <i>J.C.M. van Wieringen, R. Thomas, M. Velting</i>	16
• Voorlichting eigen taal en cultuur (VETC) <i>E. Enting</i>	26
Korte berichten	31

Redactioneel

DIVERSITEIT IN DEN HAAG

Diversiteitbeleid wordt veelal geassocieerd met het uitgangspunt dat medewerkers van maatschappelijke instellingen een adequate afspiegeling moeten vormen van de bevolkingssamenstelling. In dit bulletin proberen we door het jaar heen een schets te geven van de dynamiek van het onderzoek naar en het werk aan de Haagse volksgezondheid. Of deze schets een adequate afspiegeling is, is vanzelfsprekend aan u om te beoordelen. In het voorliggend nummer maken we een rondje langs diverse problemen in Den Haag, waarbij we aantekenen dat problemen van vandaag volgend jaar niet dezelfde urgentie hoeven te hebben. Daarnaast wordt de dynamiek in de stad mede bepaald door verschuivingen in problemen elders, het waterbedeffect.

Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC) is één van de antwoorden vanuit de zorg op ontwikkelingen als inburgering en 'empowerment' van de bevolking. Een vraag die we ons hierbij kunnen stellen is of het toenemend aantal voorlichtingen dat in de Nederlandse taal wordt gegeven (in plaats van in het Turks, Farsi of een andere taal), een indicator zou kunnen zijn voor de mate van integratie van specifieke groepen Hagenaars. Het artikel over VETC informeert over recente ontwikkelingen bij het Haagse Steunpunt VETC en gaat ook kort in op deze vraag.

Het artikel over tienermoeders is vooral interessant wanneer we vanuit de grote lijnen naar het detail kijken. Hoewel het totaal aantal tienermoeders in Den Haag afneemt, zien we bij een aantal specifieke groepen geen daling. Hiernaast constateert de auteur dat bij de gesignaleerde afname van tienerzwangerschappen in deze groepen waarschijnlijk het strengere asielbeleid een rol speelt.

Het project Nieuwe Sporen zet vertrouwenspersonen in bij de psychosociale hulpverlening aan cliënten van allochtone herkomst. Het betreffende artikel beschrijft de ervaringen met deze nieuwe manier van werken waarbij expliciet aandacht is voor cultureel bepaalde opvattingen over ziekten en mogelijke remedies. Ook hier is sprake van een activiteit die een bijdrage levert aan 'empowerment' van de bevolking. Het werken met vrijwilligers vormt de kracht van het project, tegelijk doemt de vraag op naar structurele inbedding en continuïteit voor deze bijzondere vorm van hulpverlening.

Tenslotte een artikel over het Haagse harddruggebruik. We zien in aantallen een vrij constante groep geregistreerde harddruggebruikers. Binnen de totale groep wordt de groep oudere gebruikers echter groter, evenals het aandeel gebruikers zonder vaste woon- en verblijfsplaats. Bij deze groep is veelal sprake van meervoudige problematiek. Het gebruik van cocaïne als primair middel neemt toe, en harddruggebruikers trekken naar andere delen van de stad. Interessant is de vraag of het laatste een gevolg zou kunnen zijn van bijvoorbeeld een versterkt politieoptreden in bepaalde wijken.

Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002

Irene Burger

De laatste tien jaren is veel onderzoek gedaan naar (problematische) Haagse harddruggebruikers (1)(2)(3)(4). Bezorgdheid om mogelijk langdurige schade voor de gebruikers en overlast voor de omgeving speelt hierbij een belangrijke rol. Sinds 1993 worden gegevens uit de bestaande registraties van de politie Haaglanden en Parnassia, psycho-medisch centrum in Den Haag, gebruikt om aard, omvang en trends in de populatie geregistreerde Haagse harddruggebruikers nauwlettend te volgen. Met deze gegevens wordt een schatting gemaakt van de totale populatie harddruggebruikers in Den Haag. In het Epidemiologisch Bulletin zijn eerder artikelen verschenen over de mate waarin Haagse harddruggebruikers in contact komen met de politie Haaglanden en/of zich wenden tot het Circuit Verslavingszorg van Parnassia (5)(6). Onderstaand artikel beschrijft de situatie over de jaren 1999-2002, de meest recente jaren waarover 'gekoppelde' gegevens beschikbaar zijn. De procedure van gegevensverwerking en -analyse wijkt enigszins af van die over de periodes 1993-1995 en 1996-1998. We zullen alleen vergelijken waar dit gerechtvaardigd is.

Deze reeks onderzoeken is van belang voor beleid inzake gerichte preventie, (laagdrempelige) zorgprogramma's en opvang, en justitiële interventies. Gemeente, politie, justitie en de verslavingszorg werken in Den Haag nauw samen om dit beleid vorm te geven. Onlangs verscheen in dit kader het onderzoeksrapport '**Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002**' van de **onderzoekscommissie MOnitoring en REGistratie Verslavingsproblematiek**¹ waarin deze partijen zijn vertegenwoordigd (7). Dit artikel is ontleend aan het rapport. Voor de methodische verantwoording verwijzen we naar het rapport zelf.

Het onderzoek

De gegevens voor dit onderzoek zijn ontleend aan *bestaande* registratiesystemen die bij de verslavingszorg, verslavingsreclassering, casemanagement verslavingszorg en de politie² in de onderzoeksjaren in gebruik waren. De persoons- en zorggegevens van de Hagenaars die voor hun harddruggebruik ingeschreven stonden bij de verslavingszorg van Parnassia waren afkomstig van de registratiesystemen Psygis en Addictis, respectievelijk voor de AWBZ en de gemeentelijk gefinancierde verslavingszorg. Addictis was tot augustus 2000 ook in gebruik bij de verslavingsreclassering. Daarna kreeg men van Justitie de verplichting over te stappen op een nieuw productge-

richt registratiesysteem, het zogenoemde CliëntVolg-Systeem dat landelijk werd ingevoerd door de Stichting Reclassering Nederland. Het casemanagement verslavingszorg maakte ook gebruik van Addictis. De persoons- en politionele gegevens van de aangehouden harddruggebruikers zijn ontleend aan het Herkenningsdienstsysteem van politie Haaglanden. Het onderzoek betreft een dwarsdoorsnede onderzoek van vier maal een jaar: steeds van 1 januari tot en met 31 december. De onderzoekspopulatie is ieder onderzoeksjaar als volgt samengesteld:

- Cliënten van de verslavingszorg, -reclassering en/of casemanagement die vanwege hun harddruggebruik (heroïne, morfine, methadon, overige

Over de auteur:

Mw. I. Burger, wetenschappelijk medewerker werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

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

² Onder de verslavingszorg worden zowel de intake, ambulante, deeltijd als klinische voorzieningen van het Circuit Verslavingszorg van Parnassia, psycho-medisch centrum verstaan. De verslavingsreclassering is een bijzondere tak van de reclassering gericht op mensen die door hun verslaving(sgedrag) met justitie in aanraking zijn gekomen. Ze leidt haar cliënten zoveel mogelijk toe naar de verslavingszorg, waar ze organisatorisch ook is ingebed, hier het Circuit Verslavingszorg van Parnassia, psycho-medisch centrum. De casemanagers verslavingszorg zijn werkzaam bij het Vangnet Zorg en Advies van de GGD Den Haag. Ze doen aan actieve casefinding in de leefomgeving van de cliënt en vervullen een makelaarsfunctie tussen de verslaafde en de hulp-, zorg- en dienstverlenende instellingen in Den Haag. De bemiddeling betreft huisvesting, financiën, zorg en (aanzet tot) herstel van deelname aan de maatschappij.

- opiaten, cocaïne, amfetamine, ecstasy, LSD, overige hallucinatoren, vluchtige middelen) in het desbetreffende jaar ten minste één keer contact hebben gehad met het casemanagement verslavingszorg van de GGD Den Haag en/of het verslavingscircuit van Parnassia, psycho-medisch centrum (c.q. zorginstellingen in Den Haag, Zoetermeer en Delft).
- Delinquenten die bij politie Haaglanden staan geregistreerd als harddruggebruiker en die in het desbetreffende jaar ten minste één keer in regio Haaglanden als verdachten zijn aangehouden en bij wie vanwege een gepleegd misdrijf een proces-verbaal is opgemaakt.³
 - De cliënten en/of delinquenten als boven beschreven die in Den Haag op enig moment in het onderzoeksjaar hun woon- of verblijfplaats hadden.

Het vaststellen van 'unieke' personen in de aangeleverde bestanden vond plaats op basis van geboortedatum, geslacht en ten minste vier letters van de achternaam. Iedere op die manier vastgestelde 'unieke' persoon kreeg een eigen nummer. Kwam de harddruggebruiker ook in onderzoeksbestanden van eerdere 'koppelingen' voor dan werd het nummer dat toen was gekozen opnieuw toegekend, zodat het contactpatroon van een (geanonimiseerd) individu in de tijd kan worden gevolgd. De basisset met de persoonsgegevens werd vervolgens (door de instelling) aangevuld met de overige beschikbare gegevens. De volledige set met gegevens was bij de tweede aanlevering ontdaan van de letters van de achternaam zodat de onderzoeksanalyses uitgevoerd werden op een geanonimiseerd onderzoeksbestand. Voor de in de tijd veranderlijke gegevens is steeds het laatst voorhanden zijnde gegeven in een jaar gekozen. Het onderzoek is uitgevoerd met in acht-neming van de noodzakelijke waarborgen van privacy.

Resultaten

Aantallen en bereik

In Den Haag hebben Politie Haaglanden en de zorginstaties (verslavingszorg en verslavingsreclassering van Parnassia, en het casemanagement verslavingsproblematiek van de GGD) in de periode 1999-2002 jaarlijks met een vrij constant aantal van tussen 2.150 en 2.350 harddruggebruikers contact gehad. De versla-

vingszorg ziet zoals verwacht de meeste harddruggebruikers: circa 1.550 tot 1.650 per jaar. Voor 90% is dit ambulante zorg. De politie houdt circa 800 tot 950 harddruggebruikers per jaar aan. Het aantal cliënten van de reclassering met harddruggebruik varieert tussen de 500 en 600. En ten slotte bereikt het casemanagement verslavingsproblematiek met z'n extra capaciteit steeds meer harddruggebruikers: in 1999 had men bemoeienis met 185 gebruikers, in 2002 waren dat er 377. Circa 60% van de harddruggebruikers (circa 1.275-1.425) bleek *alleen* bekend te zijn bij (één van) de zorginstaties. Complementair daaraan is circa 40% (circa 800-950) wel aangehouden door de politie en heeft een proces-verbaal gekregen vanwege een misdrijf. Van de harddruggebruikers (circa 225-350) heeft 11-14% in een jaar uitsluitend politiecontacten gehad. Eenvierde tot bijna eenderde van de harddruggebruikers (circa 575-650) heeft per jaar zowel met de politie als met de zorginstaties contact gehad. Eenderde van deze groep harddruggebruikers (circa 175-200) staat niet als harddruggebruiker genoteerd bij de politie, echter wel bij de verslavingszorg. Ook al blijven de aantallen harddruggebruikers tussen de jaren vrij constant (2.150-2.350), door in- en uitstroom maken zo'n 500-600 harddruggebruikers niet in twee opeenvolgende jaren deel uit van de onderzoekspopulatie. Ieder jaar melden zich door beginnend gebruik, vestiging en hernieuwd contact 'nieuwe' harddruggebruikers (instromers). Evenzo verdwijnen voor kortere of langere tijd harddruggebruikers uit beeld, bijvoorbeeld doordat ze met succes een afkickprogramma hebben gevolgd, niet zijn aangehouden door de politie, buiten Den Haag wonen of verblijven of in het ergste geval zijn overleden (uitstromers). De samenstelling van de populatie harddruggebruikers verandert daarmee in de tijd. Met behulp van de zogenoemde *capture-recapture* methode is het totale aantal Haagse (problematische) harddruggebruikers op basis van de informatie uit de registraties in Den Haag geschat op ruim drieduizend per jaar (7). Rekening houdend met een iets andere definitie lijkt zich geen betekenisvolle toe- of afname voor te doen vergeleken met voorgaande jaren. Uit de uitkomsten blijkt verder dat in de onderzoeksperiode 2000-2002 de politie in een jaar gemiddeld circa 700 harddruggebruikers heeft aangehouden, bij wie harddruggebruik is erkend.⁴ De verslavingszorg/-reclassering en het casemanagement verslavingsproblematiek

³ De minderjarigen die naar bureau HALT zijn verwezen voor vervangende straf zijn hierin niet meegenomen.

⁴ Excl. degenen waarbij de politie het harddruggebruik niet heeft geregistreerd, maar verdachte voor harddruggebruik werd begeleid/behandeld bij (één van) de zorginstaties.

verleenden in die periode per jaar hulp aan gemiddeld 1.935 harddruggebruikers.⁵ Op grond van het geschatte totale aantal harddruggebruikers in Den Haag betekent dit een jaarlijks contactpercentage van 22% voor de politie en een bereikingspercentage van circa 60% voor de zorg. Gezamenlijk hebben deze instanties gemiddeld met circa 2.200 harddruggebruikers per jaar contact: tweederde van het geschatte totaal. Op basis van schattingen van het aantal opiaatgebruikers rapporteerde het Landelijk Alcohol- en Drugs Informatie Systeem over 2002 een bereik voor de ambulante verslavingszorg dat varieerde tussen de 53-62%. Het Haagse bereik - dat zowel de ambulante als de klinische zorg betreft - wijkt hier nauwelijks van af.

Type harddrug

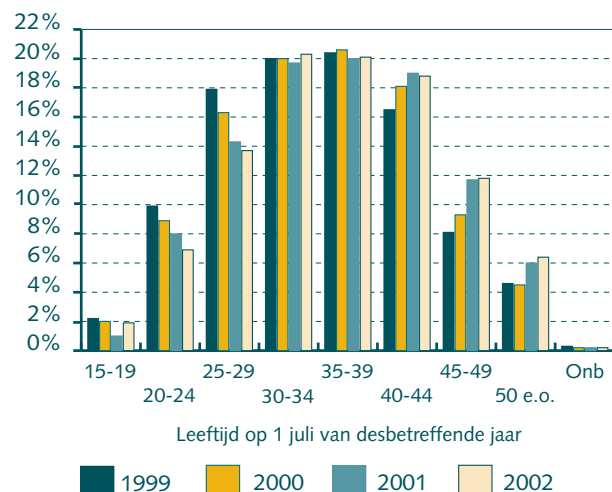
Het type illegale drug dat de harddruggebruikers gebruiken wordt alleen bij de zorginstanties geregistreerd. Gelijk aan het landelijke beeld blijft het aantal cocaïnegebruikers in Den Haag verder stijgen (8)(9). In de driejaarsperiode 1993-1995 werden 352 cocaïnegebruikers⁶ geteld, in 1996-1998 waren het er 523 (een toename van 50%). In 1999, 2000, 2001 en 2002 waren respectievelijk 553, 650, 645 en 800 cocaïnegebruikers⁷ in zorg (tussen 1999 en 2002 een toename van bijna de helft). Onder de cliënten van de verslavingsreclassering bevinden zich verhoudingsgewijs meer cocaïne- dan heroïnegebruikers. Binnen alle etnische groepen in Den Haag neemt het cocaïnegebruik toe. Voor veel harddruggebruikers wordt cocaïne het belangrijkste middel. Het aantal opiaatgebruikers (vooral heroïne en methadon) daalt relatief en absoluut licht in Den Haag, van 55% in 1999 naar 48% in 2002 (1.284 en 1.061 cliënten). Het aantal probleemgebruikers van opiaten is over de periode 1999-2002 landelijk en in de hoofdstad weinig veranderd (8)(9).

Leeftijd en geslacht

Aan harddrugs verslaafde vrouwen worden weinig gezien (1 vrouw op 5-6 mannen). Het casemanagement ziet verhoudingsgewijs de meeste vrouwen; de

verslavingsreclassering en de politie relatief de minste. In de populatie harddruggebruikers bekend bij de instanties is een duidelijke verschuiving naar de hogere leeftijdsgroepen waarneembaar (figuur 1). Het aandeel harddruggebruikers van veertig jaar en ouder neemt tussen 1999 en 2002 flink toe, van 29% naar 37%; boven de vijftig van 5% naar 6%. In 1999 waren bijna 700 harddruggebruikers veertig jaar en ouder, in 2002 ruim 800. De trend van het ouder worden van de harddruggebruiker zet zich de laatste onderzoeks-jaren versterkt door. In acht jaar (periode 1994-2002) is de gemiddelde leeftijd van de harddruggebruiker gestegen met 6,5 jaar. Uit registraties elders komt dit beeld ook naar voren, vooral bij opiaatgebruikers. Van een toenemende instroom van tieners is geen sprake. Jaarlijks worden gemiddeld veertig jeugdige gebruikers voor harddruggebruik behandeld of aangehouden als jeugdige delinquent. Van de tieners is één op de vier minderjarig.

Figuur 1: Percentage harddruggebruikers bekend bij de instanties naar leeftijd. Den Haag 1999-2002.



⁵ Dit aantal ligt hoger dan de 1.200 harddruggebruikers per jaar waaraan de verslavingszorg in de periode 1996-1998 hulp bood. Het aantal van 1.200 is echter exclusief de harddruggebruikers die uitsluitend door het casemanagement verslavingsproblematiek zijn gezien (gemiddeld bijna 100 per jaar) en ook exclusief de harddruggebruikers die uitsluitend als tweede middel een harddrug gebruikten (gemiddeld 125-150 per jaar). Ook is in tegenstelling tot de jaren daarna, alleen op basis van het laatste woon- of verblijfadres in de driejaarsperiode 1996-1998 bepaald of sprake was van een Haagse harddruggebruiker en afhankelijk daarvan zijn alle contacten van de gebruiker wel/niet geïncludeerd. Door voortschrijdend inzicht en bekendheid met de praktijk van registratie zijn steeds betere en strakker gedefinieerde selectiecriteria toegepast. Al deze factoren tesamen verklaren evenwel niet op voorhand het totale gevonden verschil. Met andere woorden óf het bereik is beter geworden óf het bereik is over eerdere jaren onderschat.

⁶ Gebruiker met cocaïne als primair hoofdmiddel.

⁷ Gebruiker met cocaïne in de meeste gevallen als primair hoofdmiddel, een enkele keer als bijmiddel in geval het hoofdmiddel geen harddrug betrof.

Etniciteit

In Den Haag is het overgrote deel van de harddruggebruikers bekend bij de politie en/of de zorg, van Nederlandse afkomst (7-8 per 1.000 autochtone Hagenaars). De verdeling naar etnische herkomst van de groep Haagse harddruggebruikers is de afgelopen tien jaar vrij onveranderd gebleven. Bij geen van de onderscheiden etnische groepen zien we gedurende 1999-2002 een stijging in aantal harddruggebruikers bekend bij instanties per duizend Hagenaars uit de desbetreffende bevolkingsgroep (figuur 2). Onder de 15-24-jarige Marokkanen kon zelfs een duidelijke afname worden geconstateerd in aantallen harddruggebruikers per 1.000 Marokkaanse Hagenaars. Deze daling doet zich zowel voor in de groep harddruggebruikers met (alleen) politiecontacten als in de groep met (alleen) zorgcontacten. Antillianen, Marokkanen en Surinamers komen in alle vier de jaren bovengemiddeld voor (figuur 2). Tussen 1999 en 2002 daalt het aantal Antilliaanse harddruggebruikers van 19 tot 15 per 1.000 Antilliaanse Hagenaars. Bij de Marokkanen en Surinamers varieert het aantal harddruggebruikers per duizend tussen de 12 en 14.

Woonwijk en sociaal-economische kenmerken

In alle vier de onderzoeksjaren wonen in de Schildersbuurt en in Laakkwartier/Spoorwijk met Binckhorst de meeste harddruggebruikers (2002: respectievelijk 220 en 188). In beide wijken samen wonen circa

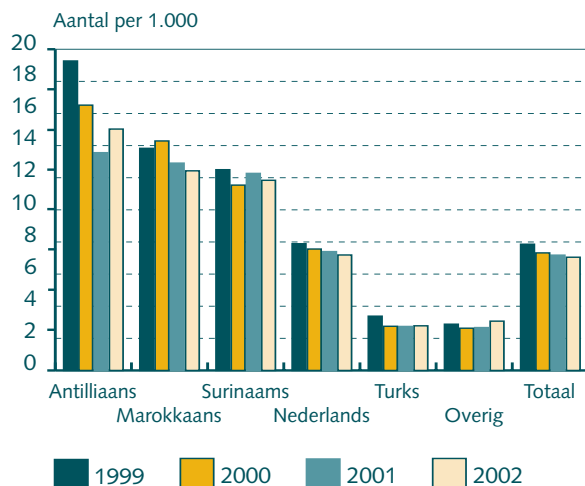
20% van de harddruggebruikers. Rekening houdend met het aantal wijkbewoners zijn Morgenstond, Moerwijk, de Stationsbuurt en de Schildersbuurt de wijken met het hoogste relatieve aantal harddruggebruikers. In deze wijken is 1% van de 15-64-jarige wijkbewoners harddruggebruiker. Tussen 1999 en 2002 zijn de aantallen harddruggebruikers per 1.000 15-64-jarige wijkbewoners in de wijken met een bovengemiddeld voorkomen gedaald in Transvaalkwartier, Schildersbuurt, Centrum, Regentessekwartier, Valkenboskwartier en Laakkwartier/Spoorwijk, en gestegen in Morgenstond en Moerwijk.

Er bestaat nog steeds - weliswaar iets minder sterk - een duidelijke samenhang tussen de sociaal-economische achterstandscore van een woonwijk en het percentage harddruggebruikers onder de wijkbevolking (per duizend wijkbewoners) dat bij de instanties bekend is. De gedeeltelijke verplaatsing van harddruggebruikers van centrumwijken naar Morgenstond en Moerwijk in Zuidwest Den Haag is verantwoordelijk voor deze daling.

De harddruggebruikers zelf hebben dikwijls ook een zwakke sociaal-economische positie. Voor zover bekend - alleen de zorginstanties registreren dit - zijn ze voor het overgrote deel laag opgeleid, uitkeringsgerechtigd en alleenstaand.

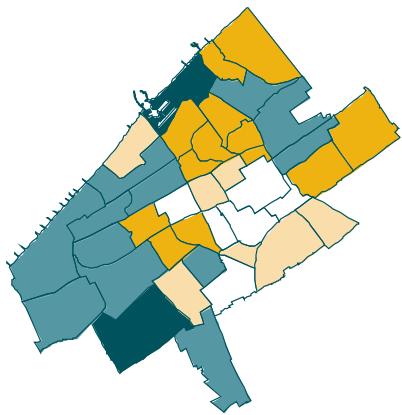
Tussen 1999 en 2002 deed zich een stijging voor in het percentage harddruggebruikers zonder (vaste) woon- of verblijfplaats (van 7% tot 10%; oftewel van 164 naar 234 harddruggebruikers). Gedeeltelijk kan deze toename worden toegeschreven aan het grotere bereik van het casemanagement verslavingsproblematiek onder deze groep.

Figuur 2: Naar etnische herkomst de jaarprevalenties (per 1.000 15-64-jarige Hagenaars in de desbetreffende bevolkingsgroep) van harddruggebruikers bekend bij de instanties. Den Haag 1999-2002.

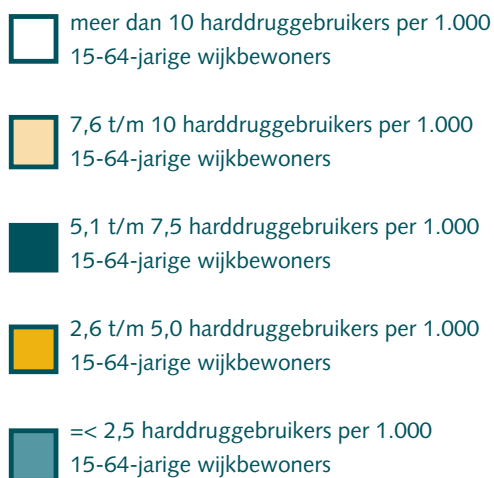
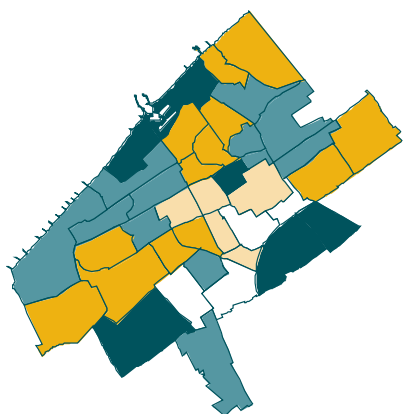


Plattegrond 1: Aantal harddruggebruikers bekend bij de instanties per 1.000 15-64-jarige wijkbewoners. Den Haag 1999 en 2002.

1999



2002



Aanhoudingen en typen delicten

11-12% Van alle aangehouden verdachten in Den Haag (1999-2002 gemiddeld ongeveer 8.000 per jaar) is harddruggebruiker. Zij zijn verantwoordelijk voor ongeveer een vijfde van alle aanhoudingen van Hage-naars in een jaar. Per harddruggebruiker varieert het aantal aanhoudingen echter sterk: van één tot ruim twintig per jaar. Dat betekent dat per jaar ongeveer een vijfde van de aangehouden harddruggebruikers verantwoordelijk is voor de helft van alle aanhoudingen van harddruggebruikers. Vijfhonderd van de verdachten die in 2002 werden aangehouden zijn de afgelopen vijf jaar meer dan tien keer aangehouden. Van deze groep 'zeer actieve veelplegers' in 2002 was ruim 70% harddruggebruiker.

Vrijwel alle delinquente harddruggebruikers (peiljaar 2002: 95%, circa 900 harddruggebruikers) zijn aangehouden vanwege een vermogensdelict (hoofdzakelijk diefstallen). Per delinquente harddruggebruiker hadden de aanhoudingen door de politie tot en met het onderzoeksjaar betrekking op gemiddeld 45 vermogensdelicten. Dit is een veelvoud van de agressieve delicten (gemiddeld vier). Van de harddruggebruikers die in aanraking kwamen met de politie (peiljaar 2002, 780 harddruggebruikers) had 83% wel eens een agressief delict gepleegd, in de periode 1996-1998 was dit 75%.

De politie houdt Marokkaanse en Surinaamse delinquente harddruggebruikers vaker aan (gemiddeld 3-3,5 aanhoudingen per jaar) dan bijvoorbeeld Nederlandse delinquente harddruggebruikers (2,6-2,9 aanhoudingen). En harddruggebruikers die geen (vast) adres hebben of bij een instantie verblijven worden gemiddeld per jaar ook vaker aangehouden dan zij die een (eigen) adres hebben.

Het percentage harddruggebruikers zonder (vaste) woon- of verblijfplaats is in de groep harddruggebruikers met meer dan tien aanhoudingen aanzienlijk en neemt toe van 9% naar 16% (van circa 50 naar ruim 100 harddruggebruikers).

Verdachten van wie het harddruggebruik niet door de verbalisant is vastgelegd - maar bij wie dit gebruik wel bleek uit gegevens van de zorginstanties - komen minder frequent in aanraking met de politie. Ze zijn in vergelijking tot de groep waarvan men het harddruggebruik wel heeft kunnen vastleggen, jonger, vaker cocaïnegebruiker, hebben vaker een vast (eigen) adres en zijn vaker Nederlander .

Conclusies en aanbevelingen

De analyse van registratiegegevens bevestigt het beeld dat de zorginstaties en de politie in Den Haag te maken hebben met een vrij constant aantal harddruggebruikers, met relatief steeds meer oudere (heroïne-) gebruikers en een in aantal beperkte groep jongere gebruikers. In acht jaar is de gemiddelde leeftijd van de harddruggebruiker gestegen met 6,5 jaar. Aandacht voor de jongste groep blijft wenselijk gezien het risico van een zeer langdurige deviante periode en de waarschijnlijk grotere kans op herstel op jonge leeftijd.

De zorginstaties bereiken ongeveer 60% van het geschatte aantal van 3.200 harddruggebruikers per jaar. Voor 90% betreft dit ambulante zorg. De opnieuw geconstateerde toename van oudere (chronische) harddruggebruikers maakt duidelijk dat voor een deel van de groep verslaafden vooral laagdrempelige voorzieningen met voldoende capaciteit nodig zijn gericht op risico-reductie en harm reduction (heroïne- en methadonverstrekking, gebruiksruidten, opvangen woonvoorzieningen), en minder zorgvoorzieningen die abstinentie en genezing nastreven.

Wederom bevestigt de sociaal-maatschappelijke situatie van de harddruggebruikers (laag opgeleid, van uitkering afhankelijk en alleenstaand) het belang van interventies gericht op enige vorm van maatschappelijk herstel. Zorgwekkend in dit kader is het toenemende aandeel harddruggebruikers dat geen vaste woon- of verblijfplaats opgeeft (2002: 10%, 234 harddruggebruikers). Vaak zal bij hen sprake zijn van meervoudige problematiek als ook frequenter politiecontact. Om verdere marginalisatie te voorkomen is het voor deze groep harddruggebruikers noodzakelijk dat bestaande vormen van 'bemoezorg', outreachend werk zoals het casemanagement verslavingsproblematiek, schuldsanering en andere laagdrempelige (woon-)voorzieningen worden uitgebreid en afgestemd op de mogelijkheden van deze gebruikers. De bevinding dat het percentage harddruggebruikers in een wijk sterk gerelateerd is aan de mate van sociale achterstand van deze wijk versterkt de sociale problematiek van zowel de harddruggebruiker als van de wijk. Sinds enige jaren beperkt dit fenomeen zich niet (meer) tot de centrumwijken van de stad. Behalve in de centrumwijken vraagt dit ook in de wijken Morgenstond en Moerwijk om een integrale sociaal-maatschappelijke wijkaanpak in de vorm van community gerichte preventie en laagdrempelige decentrale voorzieningen van de verslavingszorg.

Bijzondere aandacht vraagt het (ook elders) oplopende aantal verslaafden dat cocaïne als (primair) middel gebruikt. Dit temeer omdat effectieve (medicamenteuze) behandeling van cocaïneverslaving nog niet voorhanden is. En (bij-)gebruik van cocaïne gecombineerd met andere verslavingen zoals heroïneverslaving kan de kans op terugval vergroten. Dit groeiende aantal verslaafden is ook zorgwekkend vanwege de relatie met psychiatrische problematiek, criminaliteit en agressiviteit bij cocaïnegebruik.

Verhoudingsgewijs bevinden zich - nog steeds - veel harddruggebruikers onder Surinaamse, Marokkaanse en Antilliaanse Hagenaars. Hoewel dit relatief hoge voorkomen niet verder lijkt toe te nemen, blijft extra aandacht van de zorginstaties voor deze groepen gewenst.

Er bestaat een grote spreiding in het aantal aanhoudingen. Per jaar is ongeveer een vijfde van de aangehouden harddruggebruikers verantwoordelijk voor de helft van alle aanhoudingen van harddruggebruikers. Een aanzienlijke groep harddruggebruikers kan nog steeds zowel wat betreft zorgbehoefte als delinquent gedrag als chronisch worden betiteld. Lange verslavingscarrières worden vaak gecombineerd met lange criminele carrières. Ondanks intensieve zorg- en begeleidingsprogramma's voor deelgroepen verslaafden, gelukt het vooralsnog maar beperkt om delinquente carrières van groepen harddruggebruikers met veelvuldig delinquent gedrag blijvend af te breken. Dit vraagt om continue inzet en samenwerking van de verslavingszorg, -reclassering en politie. Meer onderzoek is nodig naar de kwalitatieve relatie tussen verslaving en delinquent gedrag en naar de werkzaamheid van (bestaande en nieuwe) interventies op het snijvlak van verslavingszorg en justitie. Voor de 250-300 harddruggebruikers die jaarlijks worden aangehouden en die geen zorg/begeleidingsprogramma volgen is het van groot belang dat ze naar de zorg worden geleid. Medewerkers van de verslavingsreclassering kunnen hier een brugfunctie invullen. Daarnaast is het van belang dat politie- en justitiemedewerkers scholing krijgen in het herkennen van harddruggebruik bij delinquenten. Enerzijds om spoedige behandeling van het druggebruik mogelijk te maken, en anderzijds om herhaling van delinquent gedrag te voorkomen. Dit geldt in het bijzonder bij (jonge) cocaïnegebruikers met relatief weinig politiecontacten.

Literatuur:

1. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg. Eindrapportage. Onderzoekscommissie MORE. Den Haag, december 1997.
2. Burger I, Struben HWA. Haagse harddruggebruikers: het bereik van politie en verslavingszorg in 1996-1998 en veranderingen ten opzichte van 1993-1995. Den Haag, maart 2001.
3. Bloemendaal AFT, Hendriks VM. Inventarisatie van de drugscene in het centrum van Den Haag: ideeën en wensen rond een laagdrempelige voorziening voor harddruggebruikers in de Stationsbuurt. Parnassia Addiction Research Centre. Den Haag, 2001.
4. Batenburg-Eddes van T, Blanken P, Hendriks VM. Verslavingsproblematiek en zorgtrajecten van Haagse cliënten binnen Parnassia Verslavingszorg. Cliënt Monitoring Systeem 1999-2001. Parnassia Addiction Research Centre, Den Haag, 2004.
5. Burger I, Struben HWA. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie en verslavingszorg, opnieuw bekeken. *Epidemiol Bul Grav* 2001; 36 nr3.: 3-9.
6. Burger I, Struben HWA. In-, uit- en doorstroomgegevens van Haagse harddruggebruikers 1993-1998; op basis van de registratiesystemen van de politie en de verslavingszorg. *Epidemiol Bul Grav* 2003; 38 nr 1: 8-15.
7. Burger I. Haagse harddruggebruikers, aard, omvang en trends in 1999-2002. Onderzoekscommissie MORE. Den Haag, december 2004.
8. Ouwehand AW e.a. Kerncijfers Verslavingszorg 2002. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Stichting Informatie Voorziening Zorg. Houten, december 2003.
9. Nationale Drug Monitor, jaarbericht 2003. Trimbos instituut. Utrecht december 2003.

Zet de stijging van het aantal tienermoeders in Den Haag door?

Trend opnieuw bekeken in 2001-2004

N.S. Karamali

Nederland telt relatief weinig moeders in de leeftijd tot twintig jaar. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld lag het relatieve aantal tienermoeders in 2001 zeven keer hoger dan in Nederland; in Engeland was dit bijna vier keer zo hoog. Als reden voor het lage cijfer in Nederland wordt vaak het open seksuele klimaat (liberale seksuele opvattingen) genoemd en de goede seksuele voorlichting (1). Vanwege medische en maatschappelijke risico's die jong moederschap met zich mee kan brengen is een laag aantal tienermoeders gunstig. In medisch opzicht hebben tienerzwangerschappen een minder goede prognose, met een verhoogde kans op vroeggeboorte en perinatale sterfte. Daar komt bij dat een tienerzwangerschap vaak leidt tot slechtere maatschappelijke kansen voor moeder en kind (2). Het volgen of afronden van een opleiding en het vinden van werk is voor een jonge moeder lastiger. Dit kan leiden tot een geïsoleerd bestaan en een zwakke financiële en maatschappelijke positie (3). Vanwege deze risico's is het van belang het aantal tienermoeders blijvend te volgen. In dit artikel wordt het voorkomen van tienermoeders in Den Haag beschreven, onderscheiden naar verschillende herkomstgroepen.

Een korte terugblik

In het juninummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2002 werd uitgebreid verslag gedaan van een stijging van het aantal tienermoeders (13-19 jaar) over de periode 1996-2001 in Den Haag (3). Ook landelijk gezien werd na jaren van daling een geleidelijke stijging van het aantal tienermoeders waargenomen (2). Het aantal tienermoeders in Den Haag nam tussen 1 januari 1996 en 1 januari 2001 duidelijk toe van 13 per 1.000 tienermeisjes naar 17 per 1.000. In absolute aantallen betekende dit een toename van 194 (in 1996) naar

282 tienermoeders (in 2001). Een betekenisvolle stijging deed zich voor onder Antilliaanse meisjes, maar de stijging was vooral zichtbaar onder Afrikaanse en Chinese meisjes. Deze twee groepen gaven de meeste reden tot bezorgdheid, omdat zij in medisch en in psychosociaal opzicht de grootste risico's liepen. Ze waren allemaal jong tot zeer jong, bijna allemaal ongehuwd en in veel gevallen nog maar kort in Nederland. In de groep Turkse meisjes werd een sterke daling van het aantal tienermoeders gevonden. Onder de Marokkaanse meisjes werd eveneens een daling waargenomen, maar deze was minder sterk. Het relatieve aantal Surinaamse tienermoeders bleef nagenoeg gelijk (3).

Eind 2004 is opnieuw onderzoek gedaan naar het aantal tienermoeders in Den Haag, ditmaal naar het aantal tienermoeders in de periode 2001 tot 2004. Het is belangrijk om te weten of de hierboven genoemde zorgwekkende stijging in het aantal tienermoeders zich heeft doorgezet en hoe de situatie zich heeft ontwikkeld onder de verschillende etnische groepen. In onderstaand artikel worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd.

Methode

Het aantal tienermoeders over de periode 2001-2004 is (op dezelfde wijze als in het onderzoek over 1996-2001) vastgesteld op basis van het aantal meisjes in de leeftijd van 13 tot en met 19 jaar dat op 1 januari van een jaar in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) als gezinshoofd of echtgenote geregistreerd stond én één of meer kinderen had. Telling vond plaats op de volgende peildata: 1 januari 2001, 1 januari 2002¹, 1 januari 2003 en 1 januari 2004. De cijfers geven het aantal tienermoeders weer dat op 1 januari van dat

Over de auteur:

Mw. N.S. Karamali, wetenschappelijk medewerker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Gemeente Den Haag.

¹ In verband met de gemeentelijke herindeling per 1 januari 2002 is voor de situatie op 1 januari 2002 gebruik gemaakt van de gegevens per 31 december 2001.

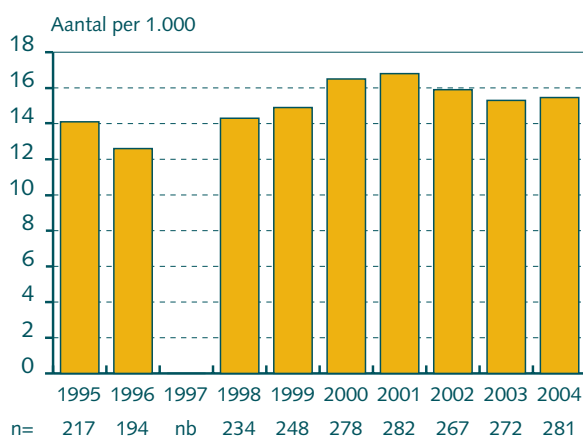
jaar moeder is. Het is dus mogelijk dat een moeder die bijvoorbeeld in 2002 is meegeteld in 2003 opnieuw wordt meegeteld, omdat ze dan nog steeds tiener (en moeder) is. Bij deze werkwijze is het echter ook mogelijk dat tienermoeders worden gemist die tussen de geboorte van de baby en de peildatum uit Den Haag vertrokken zijn.

Per etnische groep is gekeken naar leeftijd, verblijfsduur in Nederland, burgerlijke staat en de sociaal-economische status (SES). De gemiddelden die genoemd worden geven, tenzij anders vermeld, de gemiddelden weer over de vier peildata. Net als in het onderzoek over 1996-2001 zijn twee extra etnische groepen onderscheiden: 'Afrikaanse landen' en 'China'. De overige niet-geïndustrialiseerde landen, en twee 'rest'-groepen (de geïndustrialiseerde landen en de Zuid-Europese landen) zijn ingedeeld bij de groep 'Overigen'. Voor het bepalen van de SES is gebruik gemaakt van de achterstandsscores van de wijk waarin de tienermoeders wonen. De achterstandsscores worden toegekend aan een wijk op basis van het percentage allochtonen, inkomen, huurpunten, sociaal-economische factor en aantal langdurige werklozen.

Resultaten

Het relatieve aantal tienermoeders in Den Haag is sinds 1 januari 2001 licht gedaald: van 17 per 1.000 tienermeisjes op die datum naar 15 per 1.000 op 1 januari 2004 (figuur 1). Het absolute aantal tienermoeders verandert weinig (varieert tussen 267 en 282).

Figuur 1: Absolute en relatieve aantallen tienermoeders (per 1.000 13-19-jarige meisjes). Den Haag 1995-2004: peildatum 1 januari.



Op 1 januari 2004 worden relatief de meeste tienermoeders gevonden onder Chinese, Afrikaanse en Antilliaanse meisjes, respectievelijk 134, 74 en 53 per 1.000 tienermeisjes (figuur 2). Dit hogere voorkomen onder deze bevolkingsgroepen in Den Haag wordt al sinds 2000 geconstateerd. In tegenstelling echter tot de voorgaande jaren treffen we op 1 januari 2004 relatief de minste tienermoeders aan onder de Marokkaanse meisjes. Op 1 januari 2004 worden per 1.000 Marokkaanse tienermeisjes zes tienermoeders geteld, dat is zelfs lager dan de zeven bij de Nederlandse meisjes, die voorheen het gunstigst scoorden. De Turken, Surinamers en de groep 'Overigen' nemen een tussenpositie in met achtereenvolgens 20, 15 en 11 tienermoeders per 1.000 tienermeisjes.

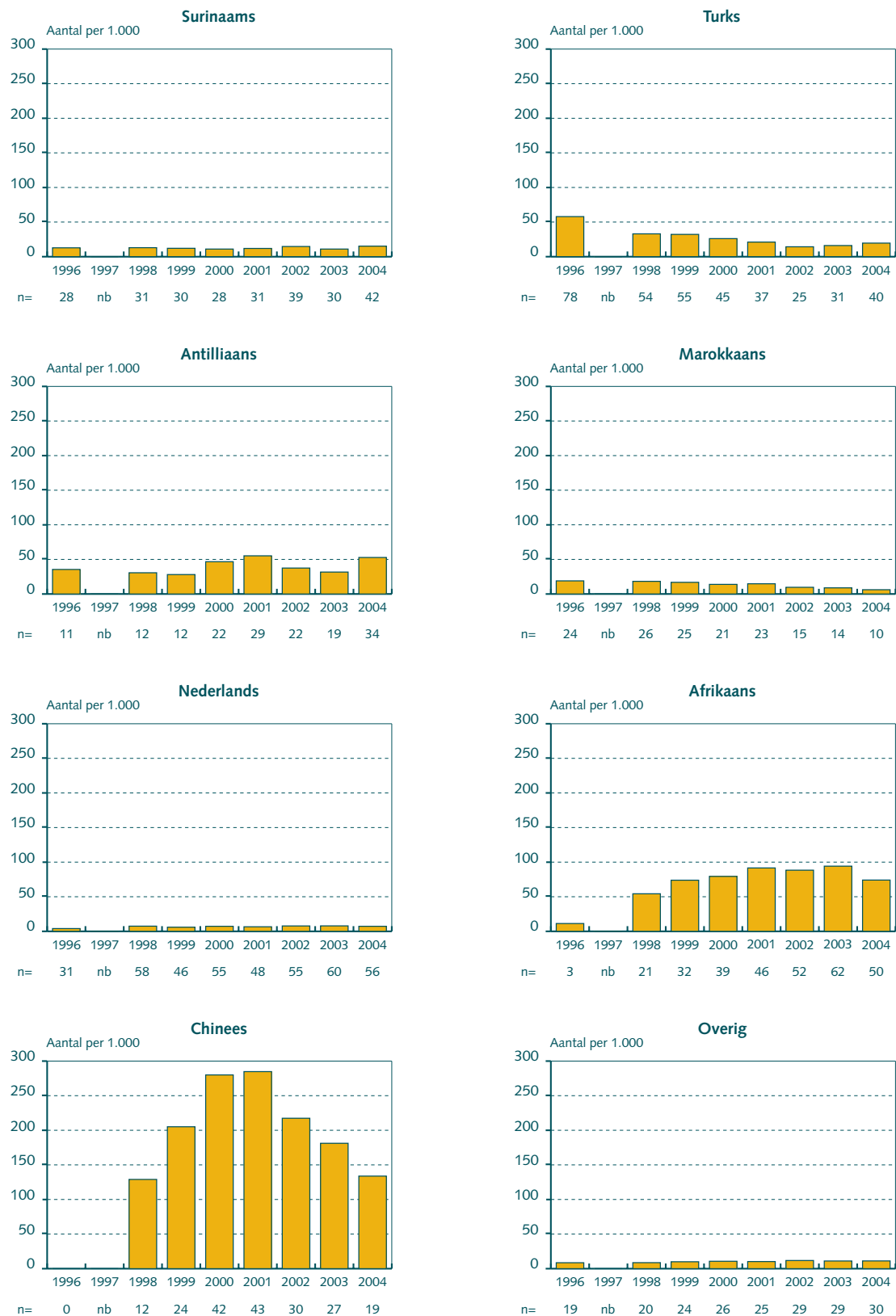
Chinese en Afrikaanse tienermoeders

In 2001 komt er een einde aan de sterke stijging van het percentage moeders onder Chinese tienermeisjes in Den Haag (figuur 2). Deze daling zet zich voort tot 2004 (van 285 op 1 januari 2001 naar 134 per 1.000 op 1 januari 2004). In vergelijking met de andere bevolkingsgroepen zijn de relatieve aantallen erg hoog, maar dit wordt mede veroorzaakt door het lage aantal Chinese tienermeisjes dat in Den Haag woont. Op 1 januari 2000 waren het er 151, waarvan er 43 moeder waren. Op 1 januari 2004 zijn er nog ongeveer evenveel Chinese tienermeisjes (n=142), maar is het aantal moeders gedaald naar 19. Na jaren van toename daalt in 2003 ook het aantal Afrikaanse tienermoeders (van 94 per 1.000 op 1 januari 2003 naar 74 op 1 januari 2004).

Landelijke cijfers van tienermoeders in de groep 'Overige niet-westerse allochtonen' waartoe zowel de Chinezen als de Afrikanen behoren, laten na 2001 eveneens een daling zien, maar in hoeverre dit ook geldt voor de Chinezen en Afrikanen afzonderlijk kan niet worden vastgesteld (2)(4).

Vergeleken met andere herkomstgroepen blijken de Afrikaanse en Chinese tienermoeders opnieuw het jongst (respectievelijk 18 en 18,1 jaar). En wederom vinden we onder de Afrikaanse en Chinese tienermoeders (samen met de Antilliaanse tienermoeders) het laagste percentage gehuwden en de kortste verblijfsduur in Nederland. Geen van Chinese tienermoeders was op de peildata gehuwd en slechts 2,5% van de Afrikaanse meisjes was gehuwd. Beide groepen verbleven gemiddeld twee jaar in Nederland (totale groep gemiddeld negen jaar). Op 1 januari 2004 is de verblijfsduur in Nederland echter opmerkelijk langer dan in de jaren ervoor (Chinezen 3,6 jaar en Afrikanen 2,7

Figuur 2: Per etniciteitsgroep het relatieve (per 1.000) en absolute aantal 13-19-jarige moeders op 1 januari van het peiljaar. Den Haag, 1996, 1998-2004.



jaar). Op dat moment is ook het percentage dat 1 jaar of korter in Nederland verblijft opvallend lager dan in voorgaande jaren. Bij de Chinese tienermoeders is het percentage gedaald van 47% (1 januari 2001) naar 5% (1 januari 2004) en bij de Afrikaanse meisjes van 49% (1 januari 2001) naar 28% (1 januari 2004). Het percentage dat 3 jaar of korter in Nederland verblijft, blijft desondanks erg hoog (respectievelijk 89% en 86%). Het grootste gedeelte van de Chinese (84%) en Afrikaanse (78%) tienermoeders woont in wijken met een zeer lage tot lage SES. De Chinese en de Afrikaanse tienermoeders zijn vrijwel allemaal buiten Nederland geboren (eerste generatie), een enkele uitzondering daargelaten.

Antilliaanse tienermoeders

Na enkele jaren van stijging daalt het aantal Antilliaanse tienermoeders voor het eerst in 2001 (38 per 1.000 op 1 januari 2002, zie figuur 2). Deze daling zet door in 2002 tot 32 per 1.000 op 1 januari 2003, maar stijgt in 2003 weer naar 53 per 1.000. Dit fluctuerende beeld deed zich ook landelijk voor: in 2002 daalde het aantal Antilliaanse tienermoeders (2), maar in 2003 was er weer een stijging zichtbaar (4).

De stijging in 2003 in Den Haag ging gepaard met een stijging van het aantal Antilliaanse tienermoeders in de jonge, minderjarige leeftijdsgroep: op 1 januari 2004 was 29% van de Antilliaanse tienermoeders minderjarig; de drie jaren daarvoor was dit percentage niet hoger dan 17%. De stijging lijkt zich bovendien voornamelijk voor te doen onder de eerste generatie Antilliaanse tienermeisjes, onder wie in alle jaren veel meer tienermoeders zijn dan onder de tienermeisjes die zelf in Nederland zijn geboren (tweede generatie). Na de Afrikaanse en Chinese tienermoeders hebben de Antilliaanse tienermoeders de kortste gemiddelde verblijfsduur in Nederland (5,4 jaar); iets meer dan de helft (52%) woont pas drie jaar of korter in Nederland. Zo'n 82% woont bovendien in wijken met een zeer lage tot lage SES. Gehuwde Antilliaanse tienermoeders zijn in Den Haag nauwelijks te vinden; in 2001, 2002 en 2003 bleek zelfs geen van de Antilliaanse tienermoeders gehuwd.

Turkse en Marokkaanse tienermoeders

Sinds 1998 daalt het aantal Marokkaanse tienermoeders in Den Haag vrijwel ieder jaar verder (figuur 2). Op 1 januari 2004 zijn er onder de Marokkaanse meisjes zelfs de minste tienermoeders, zowel relatief (6 per 1.000) als absoluut (10 tienermoeders). Het relatieve aantal Turkse tienermoeders daalde ook, maar nam in 2002 en 2003 weer licht toe. Een relatief voorkomen

van 14 tot 21 per 1.000 in deze groep is een duidelijke verbetering met 1996 toen de meeste tienermoeders (58 per 1.000) onder de Turkse tienermeisjes werden gevonden.

De Marokkaanse tienermoeders zijn in de onderzoeksjaren gemiddeld het oudst: 18,8 jaar en allen zijn meerderjarig. Zij worden daarbij op de voet gevolgd door de Turkse tienermoeders met een gemiddelde leeftijd van 18,4 jaar. Van de Marokkaanse tienermoeders is het hoogste percentage gehuwd (gemiddeld 76%) en ook hier worden zij direct gevolgd door de Turkse tienermoeders (gemiddeld 59% gehuwd). Gemiddeld een kwart van de Turkse en Marokkaanse tienermoeders verblijft één jaar of korter in Nederland. De Turkse en Marokkaanse tienermoeders wonen bijna allemaal in de wijken met (zeer) hoge achterstand, respectievelijk gemiddeld 80% en 90%. De daling in het aantal Marokkaanse tienermoeders doet zich zowel onder de eerste als de tweede generatie Marokkaanse tieners voor, waarbij de eerste generatie nog steeds een hoger relatief aantal tienermoeders kent. Het laatste geldt ook voor de Turkse tienermoeders.

Surinaamse tienermoeders

In de periode 1996-2001 laat het relatieve (en absolute) aantal Surinaamse tienermoeders een vrij stationair beeld zien van 12 à 13 per 1.000 tienermeisjes. Op 1 januari 2002 komt hier voor het eerst verandering in en stijgt het aantal Surinaamse tienermoeders naar 15 per 1.000 tienermeisjes. Op 1 januari 2003 daalt het aantal naar het 'oude' niveau, en een jaar later stijgt het weer naar 15 per 1.000. Dit wisselende voorkomen gedurende de laatste jaren komt niet overeen met de landelijke trend, waarin het aantal Surinaamse tienermoeders sinds 2002 consistent daalt (2)(4).

Het overgrote deel van de Surinaamse tienermoeders in Den Haag is meerderjarig (gemiddeld 84%) en ongehuwd (gemiddeld 87%). Door het grote aantal Surinaamse tienermoeders van de tweede generatie is hun verblijfsduur in Nederland in vergelijking met de andere etnische groepen langer (gemiddeld 15 jaar). Wat betreft de wijken waarin de Surinaamse tienermoeders wonen, is er geen verschil met de andere etnische herkomstgroepen: gemiddeld 86% woont in de wijken met een zeer lage tot lage SES.

Nederlandse tienermoeders en de groep 'Overigen'

Bij de Nederlanders en in de groep 'Overigen' ten slotte, verandert er in de jaren 2001-2004 weinig. In beide groepen blijft het voorkomen relatief laag: 7 à 8

tiernermoeders per 1.000 Nederlandse tienermeisjes en circa 11 tiernermoeders per 1.000 in de groep 'Overigen'.

Landelijk steeg het aantal Nederlandse tiernermoeders echter tot 2003, waarna een daling optrad. Omdat verschillende indelingen worden gebruikt kan het cijfer in de groep 'Overigen' niet met landelijke gegevens worden vergeleken (2)(4).

86% Van de Nederlandse en 83% van de 'Overige' tiernermoeders is meerderjarig en het overgrote deel van hen is ongehuwd, respectievelijk 93% en 86%. Op 1 januari 2004 verbleef slechts 10% van de tiernermoeders in de groep 'Overigen' één jaar of korter in Nederland, de gemiddelde verblijfsduur in Nederland was op die datum 8,3 jaar. Dit is in vergelijking met de andere etnische groepen niet bijzonder kort. De meeste tiernermoeders worden onder de eerste generatie tienermeisjes gevonden. De Nederlandse en 'Overige' meisjes wonen in vergelijking met de andere herkomstgroepen minder vaak in wijken met een zeer lage tot lage SES, waarbij de Nederlandse meisjes (58%) het beter hebben dan de 'Overige' (72%) herkomstgroep.

Bespreking

Na de verontrustende stijging in de periode 1996-2001 vertoont het aantal tiernermoeders in Den Haag weer een geleidelijke daling. Naar herkomst verschillen de bevolkingsgroepen echter opvallend. Het aantal tiernermoeders onder Antilliaanse en Surinaamse tienermeisjes stijgt bijvoorbeeld in 2003, terwijl het aantal Marokkaanse, Chinese en Afrikaanse tiernermoeders in dat jaar daalt. Deze Haagse ontwikkelingen vertonen zowel overeenkomsten als verschillen met ontwikkelingen op landelijk niveau. Op landelijk gebied daalt het aantal tiernermoeders sinds 2002 (2). De daling in 2002 was vooral het gevolg van een sterke en absolute afname van het aantal tiernermoeders onder allochtone tienermeisjes; het aantal tiernermoeders onder autochtone tienermeisjes bleef juist toenemen. Deze ontwikkelingen leken het gevolg van betere zwangerschapspreventie onder de klassieke niet-westerse herkomstgroeperingen, omdat zowel het aantal geboortes als het aantal abortussen in deze groepen afnamen. Onder de autochtone en de overig niet-westerse herkomstgroepering was er juist sprake van een verslechtering van de zwangerschapspreventie. Bij de autochtone meisjes steeg het aantal geboortes terwijl het abortuscijfer gelijk bleef; bij de tienermeisjes met een 'Overige' etniciteit was sprake van een licht verlaagd geboortecijfer en een verhoogd abortuscijfer. De betere zwangerschapspreventie

onder de klassieke niet-westerse herkomstgroeperingen kan mogelijk verklaard worden door een verbeterde, 'meer op maat gesneden' seksuele voorlichting aan scholieren. In 2001 werd een vernieuwde versie van het lespakket 'Lang leve de liefde' op grote schaal geïntroduceerd in het VMBO, een schoolsoort waar de niet-westerse allochtone jeugd bovengemiddeld is oververtegenwoordigd. Uit het effectonderzoek dat volgde op de introductie bleek dat het lespakket inderdaad effecten had die kunnen bijdragen aan het terugdringen van ongewenste zwangerschappen, zoals een positievere houding ten aanzien van condoom- en pilgebruik en betere vaardigheden om consequent condooms te gebruiken. Bovenstaande zou kunnen verklaren waarom er sprake is van een afname van het aantal tiernermoeders onder de allochtone tienermeisjes (2)(5). De landelijke daling van het aantal tiernermoeders in 2002 zette door in 2003. In tegenstelling tot 2002 werd de daling in 2003 onder zowel de autochtone als de allochtone tienermeisjes geconstateerd, met uitzondering van de Antilliaanse en Arubaanse meisjes. Ook het aantal tienerabortussen daalde in 2003, wat dus inhield dat de zwangerschapspreventie onder jongeren was verbeterd (4).

Moederschap op jonge leeftijd hoeft geen probleem te zijn. Het kan goed verlopen, vooral wanneer het kind gewenst is en de moeder voldoende sociale steun heeft. Bij Turkse en Marokkaanse tiernermoeders bijvoorbeeld is het overgrote deel van de meisjes gehuwd en is het kind vaak gewenst. Belangrijk is dat de moeder zowel fysiek als geestelijk in staat is het kind op te voeden en dat er goed toegankelijke pre- en postnatale zorg is (3). Vaak ontbreekt het echter aan dergelijke randvoorwaarden. Vooral onder de Chinese, Afrikaanse en Antilliaanse meisjes lijkt de situatie zorgwekkend. Daarom gaan we hieronder gedetailleerder in op (de ontwikkelingen binnen) deze groepen.

Ondanks de daling van het aantal tienermeisjes onder Chinese en Afrikaanse tiernermoeders komen onder deze twee etnische groepen nog steeds relatief de meeste tiernermoeders voor. Ook behoren zij nog steeds tot de meest kwetsbare groepen. Ze zijn het jongst, relatief kort in Nederland, vrijwel altijd ongehuwd en wonen voor een groot deel in wijken met een zeer lage tot lage SES. In de 'Notitie tiernermoeders' uit 2003 werd genoemd dat veel van de Chinese en Afrikaanse tiernermoeders in het land van herkomst of tijdens de smokkel zijn verkracht en hier zwanger zijn aangekomen. Veel van deze meisjes zijn alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's) (6). Een daling in

de toestroom van AMA's kan de reden zijn van de afname van de Afrikaanse en Chinese tienermoeders. Er zijn diverse aanwijzingen dat het aantal AMA's inderdaad daalt, als gevolg van het verscherpte beleid ten aanzien van minderjarige asielzoekers, waarin terugkeer centraal staat (7)(8). Zo is het aantal Afrikaanse en Chinese tienermoeders dat één jaar of korter in Nederland verblijft in 2003 afgenomen. Ook het aantal asielverzoeken van Afrikaanse en Chinese vrouwen is flink afgenomen in de laatste jaren. In 2003 waren er 80 asielverzoeken van Chinese vrouwen, terwijl dit er in 2000 nog 510 waren. Ook het aantal asielverzoeken van Afrikaanse vrouwen daalt sinds 2002 (8). Omdat hier wordt gekeken naar het aantal tienermoeders op 1 januari van een jaar, is het eveneens mogelijk dat een gedeelte van de Afrikaanse en Chinese tienermoeders is uitgeprocedeerd en is teruggestuurd naar het land van herkomst, wat uiteraard ook tot een daling van het aantal tienermoeders kan leiden. Overigens ontstaat volgens sleutelfiguren van instanties die vaak met tienermoeders te maken hebben, een aantal zwangerschappen bij AMA's, omdat zij de kans op een verblijfsvergunning groter achten wanneer zij minderjarig én zwanger zijn. Volgens diezelfde sleutelfiguren komt dit niet vaak meer voor, omdat de meeste AMA's inmiddels hebben begrepen dat dit door het strikte beleid niet altijd meer het geval is (6).

Ook de Antilliaanse tienermoeders vormen een kwetsbare groep. Na de Afrikaanse en Chinese meisjes worden relatief gezien de meeste tienermoeders gevonden onder de Antilliaanse meisjes. Bovendien zijn zij na de Afrikaanse en Chinese meisjes gemiddeld het jongst en verblijven ze het kortst in Nederland. In 2001-2003 is geen van de Antilliaanse tienermoeders gehuwd. Deze moeders draaien uiteindelijk veelal zelf op voor de verzorging en opvoeding van hun kinderen. Ook familieleden zijn in mindere mate betrokken bij de verzorging van het kind (2). Uit het onderzoek onder sleutelfiguren van instanties in Den Haag die regelmatig te maken hebben met tienermoeders, komt daarbij een wat negatief beeld van de Antilliaanse tienermoeders naar voren: 'bij de meeste meisjes is er sprake van een lage sociaal-economische status, ze zijn nonchalant in doen en laten en staan niet open voor adviezen'. Het kind wordt niet altijd goed verzorgd en het consultatiebureau wordt niet regelmatig bezocht. Dit is natuurlijk een zorgelijke situatie, vooral in combinatie met het stijgende aantal Antilliaanse tienermoeders. In november 2002 is er geld beschikbaar gesteld voor een pilot onder twaalf Antilliaanse jonge

moeders tot 25 jaar gericht op een voorlichtings- en activeringsaanbod op het gebied van toekomst, opvoeding, leven in Nederland, zelfredzaamheid, etc. Hopelijk verbetert bovenstaande situatie hierdoor (6).

Tot slot

Hoewel moederschap op jonge leeftijd geen probleem hoeft te zijn, is er sprake van verhoogde medische risico's en een verhoogd risico op sociaal en maatschappelijk isolement van de moeder. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de moeder, maar ook voor (de opvoeding van) het kind. Hierdoor blijft het nodig om het aantal tienermoeders nauwlettend te volgen. Dit artikel en de voorloper hiervan zijn zeker niet de enige initiatieven in Den Haag op dit gebied. Eind 2001 is in opdracht van het Jongeren Informatie Punt een onderzoek uitgevoerd naar omvang, huisvesting, begeleiding, ondersteuning en informatiebehoefte van jonge moeders. In dit onderzoek is de mening gevraagd van 35 jonge moeders (≤ 20 jaar) en 15 professionals die in hun werk te maken hebben met jonge moeders (10). Als vervolg op ons eerste onderzoek naar het aantal tienermoeders in Den Haag over 1996-2000 zijn in april 2003 interviews gehouden onder negen sleutelfiguren van instanties in Den Haag die regelmatig te maken hebben met tienermoeders (≤ 19 jaar), om inzicht te krijgen in de achtergrond van tienerzwangerschappen (6). Dit onderzoek is al eerder in het artikel aangehaald. Uit de drie onderzoeken tezamen kwam een beeld naar voren van tienermoeders, die in een aantal opzichten niet de gewenste of noodzakelijke zorg, ondersteuning en middelen kregen. Zo bleken tienermoeders vaak moeite te hebben met het vinden van woonruimte en kinderopvang. Ook de informatievoorziening bleek niet optimaal, vooral door onbekendheid van de meisjes met de diverse informatiebronnen en door de grote versnippering van informatie. Professionals gaven bovendien aan dat de meisjes weinig initiatief nemen om de juiste informatie te krijgen en dat zij moeilijk te bereiken waren via de gebruikelijke kanalen. Daarbij lijken zij weinig ontvankelijk voor de gegeven informatie (3)(6)(10). Om deze situatie te verbeteren en de preventie te versterken is er een plan van aanpak voor de hulpverlening aan jonge moeders opgesteld, wat een van de actiepunten vormt in de Nota Volksgezondheid van de gemeente Den Haag (9).

De uitkomsten in dit artikel laten zien dat een daling in het totale aantal tienermoeders niet hoeft te betekenen dat dit ook geldt voor alle etnische groepen afzonderlijk. Hoewel het totale aantal tienermoeders

licht afneemt, neemt het aantal tienermoeders onder verschillende etnische groepen immers niet af. Het is belangrijk om te weten wat de oorzaken kunnen zijn van een stijging of een daling van het aantal tienermoeders. Het zou bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van verslechterde of juist verbeterde zwangerschapspreventie. Mogelijk is de daling van het aantal Marokkaanse tienermoeders het gevolg van een verhoogd aantal abortussen; er is dan helemaal geen sprake van verbeterde zwangerschapspreventie. Een stijging van zowel het aantal tienermoeders als het aantal abortussen is uiteraard een nog slechter signaal over de zwangerschapspreventie. De afdeling Epidemiologie van de GGD zal daarom onderzoek doen naar het aantal tienerabortussen onder de verschillende herkomstgroepen in de afgelopen jaren in Den Haag.

Literatuur:

1. Van der Wilk EA, Bakker F. Zijn er internationale verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>Gezondheidsdeterminanten/Leefstijl/Seksueel gedrag, 8 december 2003
2. Garssen J. Tienermoeders: recente trends en mogelijke verklaringen. Bevolkingstrends 2004; 52 (1): 13-22
3. Van Koolwijk D, Burger I, Van Lier L. Stijging in het aantal tienermoeders: Haagse signalen en cijfers. Epi Bull 2002; 37(2): 12-20
4. CBS. Daling aantal tienergeboorten zet door. CBS-Webmagazine 26 juli 2004 (www.cbs.nl)
5. Garssen J, Schilthuis W. Lessen in de liefde: voorlichting in de klas lijkt effectief. G, vakblad over gezondheid en maatschappij 2004; 3: 28-29
6. Berns M, Dol-Eekhout EEC. Notitie tienermoeders. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag, 17 juni 2003
7. Ministerie van Justitie. Factsheet: Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers: Terugkeer centraal in amabeleid. Den Haag, april 2004
8. Statline (www.cbs.nl): Asielverzoeken naar land van herkomst, geslacht en leeftijd
9. Nota Volksgezondheid 'Op uw gezondheid! II' 2003-2006. Gemeente Den Haag, november 2003
10. Van Lier L, Kors F, Linmans A, Wijkhuis V. Bemoederen of bemoeien? Een onderzoek naar de ervaringen en wensen van jonge moeders en professionals in de regio Haaglanden met betrekking tot huisvesting, zorg en ondersteuning en informatievoorziening. Den Haag: Fonds 1818, maart 2002

Project 'Nieuwe Sporen' 2002-2004: de meerwaarde van vertrouwensperso- nen bij psychosociale problematiek

J.C.M. van Wieringen. R. Thomas, M. Velting

Sinds een aantal jaren functioneert in de centrumwijken van Den Haag het project Nieuwe Sporen, voor hulpverlening aan allochtone inwoners met psychosociale problemen. Hulpverleners en mensen uit de allochtone gemeenschappen constateerden midden jaren negentig dat de reguliere hulpverlening niet voldoende in huis had om allochtone inwoners met deze problemen bij te staan. Afgezien van taalbarrières, speelden met name verschillende cultureel bepaalde opvattingen over ziekten en mogelijke remedies een rol. Men besloot een beroep te doen op vertrouwenspersonen uit de allochtone gemeenschappen. Zij kennen de opvattingen en gevoeligheden, hebben veelal het vertrouwen van de mensen en worden daarom in staat geacht de verschillen te overbruggen.

Onder de paraplu van de STIOM (de Stichting Ondersteuning gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening) ontwikkelde zich hierna het project Nieuwe Sporen, met een individuele en een maatschappelijke kant: vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen worden ingezet bij persoonlijke hulpverlening, en spannen zich in voor o.a. een betere sociale omgeving en meer samenwerking met de reguliere zorginstellingen.

Vanaf 2002 is het werk van Nieuwe Sporen gevolgd door onderzoekers, die met observaties, interviews en analyses deze vorm van hulpverlening in kaart hebben gebracht (1). Onderstaand artikel gaat over hun bevindingen.

Achtergrond en opzet van Nieuwe Sporen

Nieuwe Sporen zoekt naar andere, meer effectieve, vormen van hulpverlening aan allochtonen met psychosociale problemen.

Het project richt zich op de oude centrumwijken van Den Haag, met name op de Schildersbuurt en Transvaalkwartier, waar veel allochtone bewoners in ongunstige sociaal-economische omstandigheden leven. De inwoners kampen onder meer met financiële problemen, slechte huisvesting en spanningen tussen culturen en generaties. Een groot deel van de inwoners is langdurig werkloos en verkeert in een sociaal isolement. De gezondheid van deze mensen is gemiddeld genomen slecht: chronische aandoeningen als diabetes en COPD/astma komen frequent voor en een aanzienlijk aantal mensen heeft psychosociale problemen. Als migranten met hun psychische hulpvragen al aankloppen bij de reguliere zorg, gaat het vaak om meervoudige, complexe problematiek. De reguliere zorg heeft daar vaak onvoldoende antwoord op. Dat heeft te maken met factoren als tijdgebrek, taal- en communicatieproblemen en onvoldoende inzicht in culturele achtergronden. Daarnaast hebben allochtone hulpvra-

gers en (doorgaans) autochtone hulpverleners over het algemeen duidelijk verschillende opvattingen over de oorzaken van de klachten en over de mogelijkheden van de reguliere zorg. Hierdoor sluit de verleende zorg niet voldoende aan bij de behoeften en vragen van de cliënt, een situatie die bij beide partijen tot frustraties leidt.

Tijdens een conferentie in 1996 van hulpverleners uit de Haagse binnenstad en sleutelfiguren uit de allochtone gemeenschappen werd duidelijk dat hier iets aan moest worden gedaan. Besloten werd tot een *intensieve totaalaanpak* gericht op de allochtone doelgroepen, met daarbij een rol voor die personen die vaak als begeleider meekwamen naar de hulpverlener en die kennelijk het vertrouwen van de cliënt hadden. Na een periode van aftasten en opbouwen kreeg Nieuwe Sporen als project van STIOM langzamerhand vorm (2). Nieuwe Sporen zet vertrouwenspersonen niet alleen in bij de persoonlijke hulpverlening maar ook bij het werken aan een betere sociaal-maatschappelijke omgeving.

Vanaf 2002 streeft Nieuwe Sporen ernaar het werk van de vertrouwenspersonen een meer structurele

Over de auteurs:

Joke C.M. van Wieringen en Rascha Thomas zijn samen werkzaam als zelfstandig onderzoekers op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg, vooral voor groepen in achterstandsposities. Mirjam Velting heeft het afstudeeronderzoek voor haar studie Andragogiek (Rijksuniversiteit Groningen) bij Nieuwe Sporen gedaan.

plaats te geven in de hulpverlening aan allochtonen met psychosociale problemen. Hulpverleners die vastlopen in de relatie met een patiënt kunnen via de projectleiders een vertrouwenspersoon inschakelen, die dan een brugfunctie vervult tussen de leefwereld van de patiënt en de systeemwereld van de hulpverlener. Daarnaast zoekt Nieuwe Sporen naar structurele vor-

men van samenwerking met reguliere zorginstellingen.

Casus: Mariam

Mariam is een Marokkaanse vrouw en sinds 2000 patiënte bij huisarts C, in een gezondheidscentrum. Mariam is moeder van 3 jonge kinderen. In 2003 krijgt zij last van paniekaanvallen. Ze heeft last van hyperventilatie en tijdelijk zelfs van een halfzijdige verlamming. Mariam is zeer angstig en denkt dat ze een ernstige ziekte heeft. Ze bezoekt bijna dagelijks de huisarts en heeft een zeer dwingende lichamelijke hulpvraag. De huisarts komt haar daarin tegemoet. Bezoeken aan het ziekenhuis, Parnassia en de fysiotherapeut volgen. Mariam krijgt anti-depressiva. Ook gaat zij naar Marokko in de hoop op verbetering van haar klachten.

Voorjaar 2004 verwijst de huisarts haar naar een islamitische vrouwengroep die onder begeleiding van een vertrouwenspersoon van project Nieuwe Sporen wekelijks in het gezondheidscentrum bijeenkomt. 'Samen sterk' is het motto van deze groep, waarbij religie wordt beschouwd als een bron waaruit de vrouwen kracht putten om sterk en zelfredzaam te worden.

Mariam heeft nog maar weinig vertrouwen in de huisarts en voelt zich niet begrepen. Op dat moment is ze net zwanger. Zij kan het allemaal niet aan. De huisarts heeft het over abortus. Mariam is in de war, ze wordt verwezen naar een abortuskliniek. Ze is bang en vraagt de vertrouwenspersoon mee te gaan. Beiden ervaren de kliniek als kil en beangstigend. Een en ander wordt besproken in een overleg tussen Mariam, vertrouwenspersoon en allochtone zorgconsulente. De allochtone zorgconsulente is door de huisarts al enige tijd ingezet om meer inzicht in en toenadering tot Mariam te krijgen. Vertrouwenspersoon en allochtone zorgconsulente hebben onderling overleg. In de gesprekken met de vertrouwenspersoon uit Mariam haar twijfels en gevoelens van schuld en schaamte vanuit haar religieuze overtuigingen. Zij zegt: 'ik zou een moordenaar van mijn eigen kind zijn'. De vertrouwenspersoon begrijpt haar vanuit haar deskundigheid op gebied van cultuur en religie. Al gauw blijkt dat Mariam gezin en huishouden niet meer aan kan. Vertrouwenspersoon brengt haar in contact met

Homestart, een organisatie die werkt met vrijwilligers ter ondersteuning van jonge gezinnen. Hulp wordt ingezet. Mariam blijft de groep bezoeken en ervaart de steun van de andere vrouwen als krachtig. In de gesprekken met de vertrouwenspersoon groeit de wens haar kind te houden. In de groep behandelt de vertrouwenspersoon thema's als 'de huisarts': het praten over je klachten, de communicatie en wat te doen als je de taal niet/slecht beheerst? De vertrouwenspersoon nodigt op een van de voorlichtingsochtenden een huisarts uit om hierover met de vrouwen in gesprek te gaan. Langzaam krijgt Mariam weer vertrouwen in haar huisarts.

November 2004 is zij bevallen van een gezonde baby. Vertrouwenspersoon en huisarts zijn samen op kraambezoek geweest.

Vervolg

Tijdens het tweemaandelijks casuïstiekgesprek in het gezondheidscentrum waarbij vertrouwenspersoon, huisarts, allochtone zorgconsulente, hulpverlener van Parnassia en fysiotherapeute aanwezig zijn, is de casus uitgebreid besproken. Wie heeft wat gedaan? Wat ligt er nog? De vertrouwenspersoon heeft in gesprekken met Mariam begrepen dat haar moeder een zwakke vrouw is die veel van haar klachten en zorgen bij haar dochter neerlegt (een extra kind erbij). Daarnaast zou Mariam hebben verteld dat de ongerustheid over een ernstige ziekte te maken heeft met slechte invloeden van buitenaf tijdens het drinken van koffie in bijzijn van familie. Besloten is dat vanwege de kwetsbaarheid van deze vrouw in het verleden (en nu nog) en de vele vragen die er bij de huisarts liggen omtrent haar levensverhaal en sociaal leven, de vertrouwenspersoon in en buiten de groep nu de aangewezen persoon is om een en ander 'te openen'. Onderlinge afstemming met de overige hulpverleners staat centraal. Zoals de vertrouwenspersoon zelf zegt: 'langzaam, er zijn, een luisterend oor, meedenken vanuit de basis, vanuit het geloof, op weg naar eigen kracht'.

Wat is de meerwaarde van de inzet van vertrouwenspersonen?

De vertrouwenspersonen

Vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen zijn afkomstig uit de allochtone gemeenschappen en bieden op vrijwillige basis informele hulp aan mensen die dat nodig hebben. Potentiële kandidaten doorlopen een selectieproces en moeten voldoen aan een aantal basisvoorwaarden. Zij moeten de Nederlandse taal kunnen spreken en kennis hebben van cultuur en religie, maar ook van de reguliere zorg. Vertrouwenspersonen delen de taal, cultuur, religie en/of migratiegeschiedenis en sociaal-economische positie met de allochtone cliënten. Door hun inlevingsvermogen in de situatie van de cliënt wordt aan hun oordeel of advies vaak meer waarde gehecht dan aan dat van de reguliere hulpverlener (ook al is die boodschap soms dezelfde).

Bij de start van deze projectfase in 2002 waren er 12 vertrouwenspersonen, nu zijn het er 22, afkomstig uit de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Pakistaanse en Somalische gemeenschap. Vrouwen en mannen, ouder en jonger, met verschillende geloofsovertuigingen, ieder met een eigen manier van hulp verlenen. Indien nodig brengt de vertrouwenspersoon eerst praktische of administratieve zaken op orde, zodat de cliënt daarna 'vrij' is om mee te werken aan de oplossing van de hulpvraag. Door de grote diversiteit van vertrouwenspersonen is het bijna altijd mogelijk voor een bepaalde vraag een vertrouwenspersoon te vinden. Ook de vertrouwenspersonen hebben elkaar via werkoverleg e.d. steeds beter leren kennen en weten te vinden voor het verwijzen van cliënten of vragen om advies.

Naast informeel hulp bieden aan individuele cliënten ontplooiën de vertrouwenspersonen vele activiteiten in de leefgemeenschappen, met als belangrijk doel de zelfredzaamheid van de mensen te vergroten en de cohesie en integratie te bevorderen. Veel vertrouwenspersonen hebben een eigen vereniging achter zich waardoor zij makkelijk toegang hebben tot (een deel van) de leefgemeenschap; deze verenigingen vormen via de vertrouwenspersoon ook een ingang voor de reguliere zorg om (gezondheids)voorlichting te geven, personen op te vangen die het moeilijk hebben en dialogen en discussies te organiseren over moeilijk bespreekbare onderwerpen.

Individuele hulpverlening

Er zijn drie mogelijkheden voor een vertrouwenspersoon en allochtone cliënt om met elkaar in contact te komen. De meest voorkomende manier is het *rechtstreeks benaderen* van de vertrouwenspersoon door de

cliënt, doorgaans op advies van familie of vrienden. Voor veel vertrouwenspersonen geldt dat ze iedere dag wel één of meer mensen helpen, met kleine of grotere problemen. Vertrouwenspersonen zijn niet gebonden aan kantoortijden en zijn dus ook daarbuiten bereikbaar. Ook verder is hun manier van werken tamelijk informeel, ze registreren hun hulpcontacten bijvoorbeeld maar heel beperkt (schattingen komen voor 2003 uit op ruim duizend geholpen mensen). Vertrouwenspersonen verleenden al hulp voordat Nieuwe Sporen bestond en de meesten van hen zeggen dit ook altijd te zullen blijven doen, vanuit hun geloofs- of innerlijke overtuiging dat zij medemensen moeten helpen.

De tweede manier om met een vertrouwenspersoon in contact te komen is via Nieuwe Sporen. Hulpverleners die er met hun allochtone cliënt niet uitkomen kunnen een beroep doen op Nieuwe Sporen om een vertrouwenspersoon in te schakelen. Deze kan dan proberen een brug te slaan tussen hulpverlener en cliënt, bijvoorbeeld door het probleem van de cliënt te verhelderen of het wantrouwen bij de cliënt jegens de hulpverlening weg te nemen, zodat de hulpverlener weer verder kan. De projectleiding van Nieuwe Sporen zoekt de meest geschikte vertrouwenspersoon voor het specifieke probleem van de hulpverlener en zijn/haar cliënt. In 2004 hebben naar schatting een kleine 100 hulpverleners de inzet van een vertrouwenspersoon gevraagd via de projectleiding (in 2002: circa 50, in 2003: circa 80). De hulpverleners komen uit de eerstelijns (huisartsen, maatschappelijk werk, fysiotherapie) en uit de tweedelijnsgezondheidszorg (GGZ-instelling, jeugdhulpverleningsinstellingen, ziekenhuis). De problematiek is zeer divers, veel psychische problemen (spanning, depressie), eenzaamheid, ouder-kind en/of man-vrouw problemen, en bezetenheid door geesten/zwarte oog.

De derde manier om met een vertrouwenspersoon in contact te komen is het *rechtstreeks benaderen van een vertrouwenspersoon door de hulpverlener*. Dit gebeurt vooral als men eerder contact gehad heeft of als een vertrouwenspersoon een vast spreekuur heeft.

Ervaringen van hulpverleners

Uit interviews met hulpverleners blijkt dat de stap om daadwerkelijk inzet te vragen van een vertrouwenspersoon toch wel een grote is: men heeft het idee het zelf te moeten kunnen oplossen, soms weet men niet hoe de procedure is of weet men nog te weinig van de denkbeelden en handwijzen van vertrouwenspersonen. Een persoonlijke ontmoeting tussen hulpverlener en vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld tijdens een over-

leg, maakt de stap om inzet van een vertrouwenspersoon te vragen, kleiner.

Verschillende hulpverleners hebben meegemaakt dat hun voorstel een vertrouwenspersoon in te schakelen door de cliënt geweigerd werd. Als redenen werden genoemd: angst dat de vertrouwenspersoon toch mensen uit de eigen kring van de cliënt kent en informatie zal doorspelen, angst om de hulp van de vertrouwenspersoon niet alsnog te kunnen weigeren als deze eenmaal in gang gezet is. Ook denken sommigen ten onrechte dat vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen vooral religieuze leiders zijn of mensen met bovennatuurlijke krachten of kruidengenezers.

Hulpverleners, die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de inzet van een vertrouwenspersoon, reageren veelal positief. Men benadrukt wel het belang van duidelijke afspraken tussen hulpverlener en vertrouwenspersoon, regelmatig overleg en terugkoppeling. Hulpverleners die niet tevreden zijn wijten dit aan vertrouwenspersonen die zich niet aan afspraken houden of teveel hun eigen gang gaan. Hulpverleners die geen gebruik (willen) maken van vertrouwenspersonen geven als redenen: niet te weten wat een vertrouwenspersoon is en kan doen ('het zijn geen professionals'), huiverig te zijn de verantwoordelijkheid voor de cliënt kwijt te raken of er op het juiste moment niet aan te hebben gedacht.

Marijke Lutjenhuis is al 26 jaar huisarts in de Schildersbuurt. Zij maakt regelmatig gebruik van de inzet van vertrouwenspersonen.

'Als het niet om heel zware psychische problematiek gaat, maar om heimwee, sociaal isolement, problemen met de opvoeding en een combinatie van dat soort dingen, kon ik weinig voor de mensen doen.' zegt Lutjenhuis. 'Een bepaalde categorie mensen bereik je ook niet met maatschappelijk werk. Er is een taalbarrière en er is onbekendheid met onze manier van werken'. ...'Een vertrouwenspersoon kan op een andere manier contact leggen dan het regulier maatschappelijk werk of de GGZ dat kan.'

Lutjenhuis vindt de vertrouwenspersonen een 'ongelooflijk goede aanvulling op wat wij doen. Mensen kunnen met hen praten over dingen die ze ons nooit durven vertellen of die wij niet zouden begrijpen of geloven. Wij werken alles af van a,b,c naar z. Zij beginnen bij q en pakken er dan a bij. Het is gewoon een andere ingang.'

Bron: Huisarts, juli 2004

Sprekuren en praatgroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg

In gezondheidscentrum de Rubenshoek en in Wijk- en Dienstencentrum Scheepersstraat houden verschillende vertrouwenspersonen spreekuur. In de Scheepersstraat is vooral de samenwerking met het maatschappelijk werk hecht. Mede op verzoek van het maatschappelijk werk aldaar organiseert een vertrouwenspersoon nu een praatgroep voor oudere Marokkaanse mannen. In overleg met hulpverleners van de Rubenshoek en Nieuw Schilderswijk organiseert Nieuwe Sporen verschillende praatgroepen voor Marokkaanse vrouwen, met als doel de zelfredzaamheid van de deelnemers te vergroten (zie kader). De praatgroep voor gescheiden Turkse vrouwen, die voorzorg in een grote behoefte, is voortijdig gestopt maar zal waarschijnlijk in 2005 weer worden gestart. Deelname door Nieuwe Sporen aan casuïstiekoverleg binnen de gezondheidscentra blijkt een goede manier om hulpverleners te wijzen op de mogelijkheden van een vertrouwenspersoon voor een casus.

Huisartsen zijn erg tevreden over de mogelijkheid vrouwen naar de praatgroepen te verwijzen en wensen iets soortgelijks voor andere doelgroepen (mannen, andere etnische groepen). Deelname aan de groepen leidt voornamelijk niet tot minder vaak naar de huisarts gaan; wel constateert een van de huisartsen dat vrouwen uit de praatgroepen zich veel sterker tonen in het omgaan met tegenslagen in hun persoonlijk leven. De vrouwen zelf geven aan veel steun te ondervinden van de vertrouwenspersoon maar ook van de andere vrouwen in de groep, zij durven meer dingen te zeggen of alleen te ondernemen. Ook de gezondheidsvoorlichting wordt erg gewaardeerd door de vrouwen. Een aantal van hen noemt als meerwaarde van de vertrouwenspersoon:

- *dat de vertrouwenspersoon de werking van de westerse hulpverlening verduidelijkt en hier adviezen over geeft;*
- *dat de betreffende vrouw nu een plekje heeft gevonden waar ze zich goed voelt en waar ze kan praten over haar problemen en dat ze hierdoor vaker uit het huis komt. Verder geeft zij aan dat ze nu eindelijk in contact is met andere hulpverleners wat haar anders niet was gelukt;*
- *dat de vrouw zich sterker voelt sinds ze deelneemt aan de groep. De betreffende vrouw is nu ook meer tevreden over de hulpverlening van professionele hulpverleners doordat deze haar beter begrijpen en zij zelf meer durft te zeggen.*

Praatgroepen voor Marokkaanse vrouwen (vanuit gezondheidscentra Rubenshoek en Nieuwe Schilderswijk)

Aanleiding: Huisartsen en andere hulpverleners in het gezondheidscentrum zagen een groep Marokkaanse vrouwen die frequent met klachten van psychosomatische en/of depressieve aard op het spreekuur kwam. Hun hulpaanbod leek niet goed aan te sluiten bij de vraag van de vrouwen.

Doel: Marokkaanse vrouwen meer zelfredzaam maken en uit hun isolement halen; een vorm van hulp bieden die beter aansluit bij de wensen van de vrouwen. Signalen van vrouwen en hulpverleners over en weer doorgeven.

Doelgroep: Marokkaanse vrouwen die verwezen zijn door een hulpverlener van het gezondheidscentrum. Redenen voor een verwijzing: depressieve klachten, spanningsklachten, of relatie- en opvoedingsproblemen.

Werkwijze: Iedere week komt een grote groep vrouwen op een ochtend bijeen onder leiding van een vrouwelijke vertrouwenspersoon. Naast oefeningen ter ontspanning, concentratie en meditatie wordt een bijeenkomst ingevuld met voorlichting en discussie over maatschappelijke en gezondheids-thema's. Teksten uit de Koran worden gebruikt bij het zoeken naar oplossingen voor problemen in de huidige samenleving en om de vrouwen te helpen religie een plaats te geven in hun leven. Vaak komen organisaties voorlichting geven (onder andere Homestart, Hartstichting, Stichting MEE, Parnassia). De vrouwen krijgen de ruimte om hun zorgen, angsten en twijfels in de groep te uiten, in hun eigen tempo. Nieuwe vrouwen krijgen de tijd om zich te voegen. Elkaar steunen, elkaar oplossingen en adviezen aanbieden binnen een klimaat van veiligheid en vertrouwen. De vertrouwenspersoon is na afloop, of op afspraak, altijd beschikbaar voor een individueel gesprek. De nadruk ligt op de zelfredzaamheid van de vrouwen, het zelf doen.

Initiatieven in de tweedelijnsgezondheidszorg

De initiatieven van Nieuwe Sporen in de tweede lijn betreffen vooral vormen van overleg tussen hulpverleners van instellingen en vertrouwenspersonen. Met Parnassia heeft Nieuwe Sporen twee vormen van overleg: het Multicultureel overleg Zingeving en GGZ, en het Casuïstiekoverleg. Vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen discussiëren in deze overleggen samen met medewerkers van Parnassia over een (zingeving)thema of casus. De overleggen zijn informeel en op vrijwillige basis: het aantal aanwezige medewer-

kers varieert tussen drie en twintig. Een aantal medewerkers geeft desgevraagd aan hun werkwijze met allochtone cliënten te hebben aangepast. Hoewel beide overleggen door de aanwezigen worden gewaardeerd, leiden ze nog maar mondjesmaat tot meer samenwerking met Nieuwe Sporen of tot meer inschakelen van vertrouwenspersonen voor begeleiding van individuele cliënten. Medewerkers zien vooral een rol voor vertrouwenspersonen in het toeleiden van cliënten naar Parnassia en wellicht in de nazorg en opvang van cliënten na afloop van de reguliere behandeling. Parnassia heeft in 2004 een basis-cursus psychiatrie gegeven aan vijftien vertrouwenspersonen.

Met Jeugdformaat heeft Nieuwe Sporen een samenwerkingsovereenkomst gesloten om de hulpverlening aan allochtone jongeren en hun ouders te verbeteren, door meer gebruik te maken van elkaars deskundigheid. Tijdens paneldiscussies wordt een casus besproken waarbij vertrouwenspersonen en jeugdhulpverleners hun ziens- en werkwijze toelichten. De paneldiscussies worden na werktijd gehouden en bezocht door tien tot twintig hulpverleners en gemiddeld zeven vertrouwenspersonen. Hulpverleners vinden de discussies zinvol, leren door een andere bril naar het probleem te kijken en zien dit als goede gelegenheid om persoonlijk kennis te maken met vertrouwenspersonen. Vanuit Jeugdformaat wordt nog niet vaak gevraagd om inzet van een vertrouwenspersoon, dit is erg afhankelijk van de ervaringen van de hulpverlener met een vertrouwenspersoon. Een spreekuur door vertrouwenspersonen binnen de instelling om zo de drempel voor jongeren te verlagen en het contact met de hulpverleners te verstevigen, bleek niet erg succesvol. Zowel Nieuwe Sporen als Jeugdformaat erkennen dat het een langzaam en moeilijk proces is maar willen de samenwerking wel voortzetten.

Wat zijn de randvoorwaarden voor het functioneren van vertrouwenspersonen als bruggenbouwers tussen reguliere zorg en allochtone cliënten?

In de loop van de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat aan een aantal randvoorwaarden moet worden voldaan om het werk van de vertrouwenspersonen zo optimaal mogelijk te laten verlopen:

Een 'loket'

Hulpverleners moeten zich (telefonisch) kunnen voegen bij een loket om in contact te komen met een vertrouwenspersoon. Via dit loket moeten hulpverlener en cliënt aan de voor hen meest geschikte vertrou-

wenspersoon worden verbonden. Deze loketfunctie wordt tot nu toe vervuld door de projectleider van Nieuwe Sporen, die de aanvraag doorneemt met de hulpverlener, om daarmee:

- na te gaan wat de hulpverlener zelf al heeft gedaan of nog kan doen (leerproces);
- te voorkomen dat ieder 'ingewikkeld' probleem met allochtone cliënten bij Nieuwe Sporen wordt gelegd (bescherming tegen overvragen van vertrouwenspersonen);
- na te gaan of de hulpvraag past binnen de mogelijkheden van de vertrouwenspersonen; men kan niet verwachten dat een vertrouwenspersoon een oplossing kan bieden bij al te complexe problematiek of sterk geëscaleerde gevallen (geen overspannen verwachtingen).

De projectleider legt de gemaakte afspraken tussen hulpverlener en vertrouwenspersonen zoveel mogelijk vast en draagt zorg voor terugkoppeling naar de hulpverlener.

Voorwaarde is dat dit loket goed bereikbaar is voor hulpverleners.

Een vrijwilligersovereenkomst

Vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen zijn vrijwilligers die, naast een vrijwilligers- en onkostenvergoeding, niet worden betaald voor hun inzet. Tegelijk wordt van hen wel verwacht dat ze vaak beschikbaar zijn voor spreekuren, praatgroepen, overleg met instellingen, begeleiding van individuele cliënten e.d. Dit veelvuldig een beroep doen op mensen die niet worden betaald en aan wie toch bepaalde eisen moeten kunnen worden gesteld vergt een zorgvuldige afweging van de projectleiding. Om een en ander vast te leggen is er sinds maart 2003 een vrijwilligersovereenkomst, die aan de vertrouwenspersonen wordt voorgelegd ter ondertekening. Hierin is ook de geheimhoudingsplicht van de vertrouwenspersoon beschreven, evenals de afspraak dat eventuele behandelingen door vertrouwenspersonen (kruiden, Winti e.d.) niet onder verantwoordelijkheid van Nieuwe Sporen worden verricht.

Ondersteuning van vertrouwenspersonen

Opdat de vertrouwenspersonen hun werk voor individuele cliënten en hulpverleners zo goed mogelijk kunnen verrichten is er ondersteuning nodig, zoals:

- regelmatig werkoverleg tussen een vertrouwenspersoon en de projectleiding om de inhoudelijke aanpak van de vertrouwenspersoon te bespreken, en om tijdig overbelasting te signaleren;
- deskundigheidsbevordering voor de vertrouwens-

personen. Door meer te weten over het functioneren van de reguliere zorg zijn zij beter in staat met hulpverleners samen te werken en cliënten naar de juiste zorginstelling toe te leiden;

- onderhouden van contacten met samenwerkingspartners: om de noodzakelijke randvoorwaarden te scheppen voor het werk van de vertrouwenspersonen (faciliteiten voor spreekuren, praatgroepen) en om ervaringen uit te wisselen, eventuele misverstanden uit de weg te ruimen en aanvullende wensen te vernemen.

Keurmerk 'Vertrouwenspersoon van NS'

Tot voor kort was deze aanduiding niet officieel erkend, maar de vertrouwenspersoon kon er bij het overleg met reguliere hulpverleners wel enige status aan ontleen. In de loop van het project is de vraag naar een meer officieel keurmerk steeds duidelijker geworden, vanuit de vertrouwenspersonen en vanuit de hulpverlening. Met het keurmerk wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen een vertrouwenspersoon bij Nieuwe Sporen minimaal moet voldoen, niet alleen voor reguliere hulpverleners maar ook voor de mensen uit de allochtone gemeenschappen. In december 2004 heeft burgemeester Deetman van Den Haag aan 22 vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen een certificaat uitgereikt.

Projectleiding

Een sterke en tegelijk flexibele projectleiding is nodig om de grote en divers samengestelde groep vertrouwenspersonen bijeen te houden en te stimuleren, om contact te onderhouden en afspraken te maken met de reguliere zorginstellingen en om de meest geschikte vertrouwenspersoon in te zetten bij een bepaalde vraag. Ook bewaakt de projectleiding het leggen en terugkoppelen van contacten door de vertrouwenspersoon.

Casus: Mehmed

Volgens de vertrouwenspersoon gaat het om een Turkse jongen van 17 jaar, van huis weggelopen omdat hij meer vrijheid verlangde dan zijn vader hem toestond. Mehmed spreekt goed Nederlands en was aangekomen bij Jeugdformaat. Hij wilde niet dat er contact gezocht werd met zijn ouders omdat die hem zouden bedreigen.

Omdat Mehmed per se niet meer naar huis wilde en er geen andere opvang voor hem was, heeft een hulpverlener van Jeugdformaat gevraagd om de inzet van een vertrouwenspersoon van Nieuwe Sporen, mede om het verhaal te kunnen checken bij de ouders.

Toen vertrouwenspersoon met Mehmed sprak was het eerste dat hij zei: ik wil minstens zes maanden geen contact meer met mijn familie. Na een uurtje praten was dat drie maanden, toen één maand en daarna een week. Na uren praten vond hij goed dat de vertrouwenspersoon zijn vader zou bellen onder de uitdrukkelijke belofte dat niet werd verteld waar Mehmed verbleef.

De vader reageerde met: als ik hem nu in mijn handen krijg schiet ik hem hartstikke dood. De vertrouwenspersoon moest een hele tijd met de vader praten, waarbij hij veel gebruik maakte van teksten uit de Koran en van de woorden van de Profeet om de vader ervan te overtuigen zijn zoon weer in het gezin op te nemen. Toen de vader hoorde dat de vertrouwenspersoon uit dezelfde streek kwam als hij, zei hij dat de vertrouwenspersoon hem dan wel zou begrijpen. De vertrouwenspersoon beaamde dat hij vader heel goed begreep, hun gedachten zijn hetzelfde, maar dat hij de jongen ook begreep. Na een lang gesprek stemde de vader in met een ontmoeting met zijn zoon. De vertrouwenspersoon liet de vader bij Allah beloven dat hij de jongen niets aan zou doen.

Aan het eind van de middag kwamen de ouders naar een afgesproken plaats waar Mehmed was met de hulpverlener van Jeugdformaat en de vertrouwenspersoon.

De eerste confrontatie was spannend. De vertrouwenspersoon heeft anderhalf uur met de ouders en Mehmed zitten praten over hoe ze met elkaar om moeten gaan, ook volgens het geloof. De vader zegde toe de huisregels te zullen versoepelen. Na het lange gesprek in het Turks liep Mehmed met zijn ouders het pand uit. De hele familie vertrok kort daarna naar Turkije op vakantie. Nu is Mehmed terug, woont weer thuis en werkt.

Ervaring van de hulpverlener

De hulpverlener voelde zich behoorlijk buiten spel gezet door de vertrouwenspersoon omdat hij tijdens het gesprek, en ook daarna, geen enkel zicht kreeg op wat er gebeurde of wat er gezegd werd. Alle gesprekken met de ouders en later met Mehmed en zijn ouders verliepen in het Turks. De hulpverlener voelde zich echter wel verantwoordelijk voor de jongen en op het moment dat die met zijn ouders vertrok wist hij niet of dat uit vrije wil gebeurde of onder druk van de ouders. Hij was ook bang dat er toch iets vreselijks met de jongen zou gebeuren. De vertrouwenspersoon had steeds gezegd 'volg mij maar, vertrouw op mij', maar de hulpverlener kende de vertrouwenspersoon onvoldoende om dit onvoorwaardelijk te geloven. De hulpverlener heeft daarna geen contact meer gehad met Mehmed.

Meerwaarde en acties van de vertrouwenspersoon

- De kennis van de Turkse cultuur en van het geloof (de Islam) van de vertrouwenspersoon heeft in deze casus veel geholpen bij het overtuigen van de vader.
- Het feit dat vertrouwenspersoon in de eigen taal (het Turks) met de vader kon praten en ook nog eens uit dezelfde streek afkomstig was, heeft zeker ook een positieve rol gespeeld. Al tijdens het eerste telefoongesprek kon de vertrouwenspersoon horen aan de manier van praten en het woordgebruik dat de vader een gelovig man was. Daarom kon hij een beroep doen op zijn geloof, dat onder meer voorschrijft dat je voor je kinderen moet zorgen.
- In tegenstelling tot de hulpverlener was de vertrouwenspersoon niet bang dat de vader zijn zoon bij de ontmoeting iets zou aandoen; de vader had immers, in het gesprek met de vertrouwenspersoon bij Allah beloofd dat hij dat niet zou doen, en wat je beloofd hebt, moet je doen. De vertrouwenspersoon kon die belofte op de juiste waarde inschatten.

Wat te leren van deze casus?

Er is onvoldoende overleg geweest tussen de vertrouwenspersoon en de hulpverlener waardoor de laatste zich buiten spel voelde staan, ook al omdat alle gesprekken in het Turks werden gevoerd. De vertrouwenspersoon heeft teveel de regie overgenomen van de hulpverlener en hem te weinig op de hoogte gehouden van zijn stappen. Ook heeft de vertrouwenspersoon de angst, die er bij de hulpver-

lener leefde op basis van zijn contact met de jongen, niet voldoende erkend en heeft hij onvoldoende rekening gehouden met de verantwoordelijkheid van de hulpverlener jegens zijn cliënt.

Nawoord

Deze casus is later doorgesproken met de projectleiding van Nieuwe Sporen als een voorbeeld van hoe je als verantwoordelijke hulpverlener de zaak totaal uit handen kunt geven met de inzet van een vertrouwenspersoon, wanneer deze zich niet houdt aan de gemaakte afspraak en ook de aansturing van het hulpverleningsproces overneemt. Dit heeft er toe geleid dat er een protocol is opgesteld waarin onder meer is vastgelegd dat de hulpverlener altijd de regie en eindverantwoordelijkheid behoudt en duidelijk aangeeft welke inzet van de vertrouwenspersoon gewenst is. Regelmatig overleg tussen hulpverlener en vertrouwenspersoon over alle te zetten stappen is daarbij een vereiste.

Conclusie

De meerwaarde van vertrouwenspersonen ligt in het feit dat zij op een eigen manier hulp bieden aan individuele allochtone cliënten, door de tijd te nemen, een luisterend oor te bieden, rust te brengen in de situatie van de cliënt. Doordat zij in staat zijn zonder taalbarrières de problematiek van de cliënt te interpreteren binnen de gehele maatschappelijke, religieuze en/of culturele context vormen zij een aanvulling op de reguliere zorg.

Samenwerking met de reguliere zorg vraagt echter aanpassing van beide kanten. De reguliere zorg mag van een vertrouwenspersoon verwachten dat deze overlegt over te ondernemen acties en dat hij of zij zich vervolgens aan de afspraken houdt. Men mag de vertrouwenspersoon niet vragen zijn of haar eigen manier van hulpverlenen geheel aan te passen aan de werkwijze van de instelling. De vertrouwenspersoon mag van de hulpverlening verwachten dat deze, nadat goede afspraken zijn gemaakt, vertrouwen heeft in diens handelwijze, ook al zijn vertrouwenspersonen geen professionals.

Samenwerking tussen vertrouwenspersonen en reguliere zorg verloopt vooralsnog beter met de eerste lijn dan met de tweede lijn. De grootte van de organisatie, het meer protocollair werken en het moeizame interculturalisatieproces in de tweede lijn spelen daarbij een rol. De fysieke aanwezigheid van vertrouwenspersonen binnen de gezondheidscentra en het intensievere persoonlijk contact tussen hulpverleners en vertrouwenspersonen dat daardoor

plaatsvindt, dragen zeker bij aan de groeiende samenwerking met de eerste lijn.

Doordat zij informele hulp bieden hebben vertrouwenspersonen het vertrouwen van de mensen en toegang tot grote delen van hun leefwereld. Zij bereiken groepen die voor de reguliere zorg en welzijnsinstellingen gesloten blijven. Door het organiseren van praatgroepen voor verschillende doelgroepen vergroten vertrouwenspersonen de zelfredzaamheid en de onderlinge steunverbanden. In die groepen wordt ook veel voorlichting gegeven over gezondheid en gezondheidszorg, meestal door Westerse organisaties, waardoor de drempel naar die organisaties wellicht lager wordt. Er is behoefte aan meer van deze praatgroepen, ter bestrijding van isolement maar ook voor opvang na behandeling in de reguliere zorg. Uit de interviews met hulpverleners bleek dat velen niet op de hoogte zijn van deze praatgroepen en andere activiteiten van de vertrouwenspersonen in de leefgemeenschappen en dat velen hier meer gebruik van zouden willen maken.

De samenwerking met tweedelijnsinstellingen is ingewikkelder. De uitwisselingsbijeenkomsten tussen hulpverleners en vertrouwenspersonen over sociale, culturele en religieuze achtergronden van veel voorkomende problematiek bij allochtone cliënten worden door hulpverleners overwegend als positief ervaren ('goede sfeer, leerzaam'). Deze bijeenkomsten vragen echter een continue inzet en inhoudelijk goede voorbereiding zowel van de projectleiding Nieuwe Sporen als van de organisatie binnen de instelling. Tot nu toe neemt nog maar een vrij kleine groep geïnteresseerden vanuit de instellingen deel aan de uitwisselingsbijeenkomsten. Het verder verspreiden van de besproken casuïstiek binnen de instellingen, bijvoorbeeld via interne nieuwsbrieven, is nog niet goed van de grond gekomen. Hierdoor is de bekendheid van Nieuwe Sporen binnen het geheel van de instelling beperkt. Vooralsnog leidt deelname aan de uitwisselingsbijeenkomsten niet tot meer vraag om inzet of consultatie van vertrouwenspersonen voor cliënten, of tot aanpassing van werkwijzen binnen de instellingen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat grote tweedelijnsinstellingen -zoals Parnassia- strak geprotocolleerd en productgericht werken, waardoor de hulpverleners weinig tijd en/of vrijheid hebben om de (geestelijke) gezondheidsproblematiek van cliënten binnen een bredere context te bekijken en daar naar te handelen. Maar ook het moeizame interculturalisatieproces binnen de gehele geestelijke gezondheidszorg

speelt hierbij ongetwijfeld een rol (3) (4).

Bij Jeugdformaat spelen andere zaken mee, zoals veel personeelwisselingen en reorganisaties waardoor het moeilijk is om duurzame contacten tussen hulpverleners en vertrouwenspersonen op te bouwen. Ook het niet consequent bemensen van het spreekuur door vertrouwenspersonen heeft hier geen positieve bijdrage aan geleverd. Een paar keer heeft de begeleiding van individuele cliënten van Jeugdformaat door een vertrouwenspersoon niet aan de verwachtingen voldaan. Dit heeft een grote weerslag gehad binnen de instelling en heeft medewerkers terughoudend gemaakt in het vragen om inzet van een vertrouwenspersoon.

De terughoudendheid bij hulpverleners, zowel in de eerste als in de tweede lijn, komt ook door onbekendheid met het fenomeen vertrouwenspersonen. Wat doen vertrouwenspersonen en hoe doen zij dat, hoe denken vertrouwenspersonen over zaken als huiselijk geweld? Eerder is in dit tijdschrift gewezen op verschillende paradigma's die door hulpverleners en vertrouwenspersonen worden gehanteerd (5). Hulpverleners geven ook aan bang te zijn dat de vertrouwenspersoon een behandeling of begeleiding inzet waarvoor men zelf niet verantwoordelijk wil zijn. Het is daarom van belang dat Nieuwe Sporen, nog meer dan tot nu het geval is, de reguliere zorg duidelijk maakt bij wat voor problematiek vertrouwenspersonen kunnen worden ingeschakeld en dat de eindregie voor de cliënt altijd bij de regulier hulpverlener blijft. Ook zal een eenduidig standpunt moeten worden bepaald over vertrouwenspersonen die wel behandelen (bijvoorbeeld met kruiden of Winti), maar die dat tot nu toe doen buiten de verantwoordelijkheid van Nieuwe Sporen. Nieuwe Sporen heeft deze vertrouwenspersonen juist binnengehaald vanwege hun specifieke deskundigheid op het gebied van kruiden en Winti, om zo ook de doelgroep te kunnen bedienen die aan deze vormen van hulpverlening behoefte heeft. Voor alle partijen, hulpverleners, vertrouwenspersonen en cliënten moet duidelijk zijn wie welke handelingen mag verrichten en onder welke voorwaarden.

Ook bij cliënten bestaat een zekere terughoudendheid om een vertrouwenspersoon in te (laten) schakelen (een hulpverlener overlegt dit in principe altijd met de cliënt). Deze terughoudendheid heeft voor een deel te maken met het feit dat de hulpverlener zelf niet goed de rol van de vertrouwenspersoon kan omschrijven. Het is heel belangrijk om een vertrouwenspersoon goed te duiden ten opzicht van andere

(allochtone) hulpverleners, en om de cliënt te overtuigen van het nut van diens inzet. Als kenmerkend voor een vertrouwenspersoon moet dan worden benadrukt dat de vertrouwenspersoon het vertrouwen heeft van veel mensen uit de leefgemeenschap, dat hij of zij betrouwbaar is, geheimhoudingsplicht heeft, vrijwillig werkt, onafhankelijk is (niet gekoppeld aan instelling), en dat een vertrouwenspersoon geen informatie van de cliënt doorgeeft zonder diens toestemming, aan welke instelling dan ook. Het benadrukken van de geheimhoudingsplicht is vooral van belang omdat een cliënt vaak bang is voor roddels in de gemeenschap. De cliënt moet ook weten dat hij of zij ook een vertrouwenspersoon uit een heel andere etnische groep mag vragen.

Het bestaan van vertrouwenspersonen van Nieuwe Sporen moet blijvend onder de aandacht worden gebracht, van hulpverleners en van potentiële cliënten, zodat zij er op het juiste moment aan denken hen in te schakelen.

De kracht van het project Nieuwe Sporen ligt in het feit dat de vertrouwenspersonen vrijwilliger zijn; ze doen het werk uit innerlijke overtuiging. Dit vrijwilligerswerk is tegelijk de achilleshiel van Nieuwe Sporen: hoeveel inzet kun je van mensen vragen zonder dat daar een redelijke vergoeding tegenover staat? De meeste vertrouwenspersonen zijn tot nu toe tevreden met de verschillende vormen van ondersteuning die zij krijgen van Nieuwe Sporen. In een kleine kerngroep denken de vertrouwenspersonen na over een vorm van verzelfstandiging in de toekomst en een andere wijze van betaling voor hun inzet.

Het project Nieuwe Sporen is gestart als een 'ontwikkeltraject', en is in de loop van de jaren op een bijna organische manier gegroeid tot wat het nu is: een sterke groep vertrouwenspersonen die een belangrijke brugfunctie vervult. Het project zal altijd worden beïnvloed door de (wisselende) mensen die er werken en door de veranderende omstandigheden in de reguliere zorg en in de maatschappij als geheel. In deze tijd kunnen de vertrouwenspersonen een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van integratie en cohesie. Zij zullen hun werk de komende jaren nog voortzetten onder de paraplu van STIOM en van daaruit werken aan verzelfstandiging.

Literatuur

1. Van Wieringen & Thomas (2005). Nieuwe Sporen 2002-2005; eindverslag verschijnt binnenkort in reeks Maatschappelijke Gezondheidszorg Den Haag.

2. Van Wieringen & Thomas (2003) Nieuwe Sporen: bruggen slaan tussen reguliere en informele zorg. Rotterdam, Mikado.
3. Boomstra, R., J. Wennink, G. Uiterloo (2003). Is er sprake van interculturele verlegenheid in de GGZ en de verslavingszorg in Nederland? *Gedrag en gezondheid*, 31,3: 200-218.
4. Kortmann, F.A.M. (2002). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening. Rotterdam, Mikado.
5. Hoffer, C.B.M. (2000). 'Nieuwe Sporen': Een vernieuwend project in de Haagse binnenstad: uiteenlopende deskundigheden als uitgangspunt van geestelijke gezondheidszorg. *Epidemiologisch Bulletin*, 35,2;1-10.

Voorlichtingen in eigen taal en cultuur (VETC)

E. Enting

Vanaf 1986 worden in Nederland allochtone vrouwen - en vanaf 1988 ook mannen - opgeleid om groepen migranten in hun eigen taal voor te lichten over allerlei aspecten van de Nederlandse gezondheidszorg, bekeken vanuit de eigen cultuur. Deze werksoort is bekend geworden onder de naam 'VETC', Voorlichting Eigen Taal en Cultuur. Coördinatie en uitvoering van de voorlichting gebeurt door de 'steunpunten VETC', waarvan er anno 2005 twintig functioneren. Onderstaand artikel beschrijft wat de bedoeling is van VETC, hoe VETC de afgelopen jaren in Den Haag heeft gewerkt, en wat de recente ontwikkelingen zijn, onder meer in het licht van het maatschappelijk streven naar inburgering en integratie. Immers, als iedere migrant de Nederlandse taal moet leren, waarom dan nog gezondheidsvoorlichting in de eigen taal? Het artikel gaat hier kort op in.

Ontstaan en bedoeling van VETC

Begin jaren tachtig maakten preventiewerkers in de gezondheidszorg zich zorgen over het feit dat zij zo weinig allochtone vrouwen bereikten. De vrouwen spraken slecht Nederlands en namen nauwelijks deel aan activiteiten buitenshuis. Hierdoor waren ze niet goed op de hoogte van de voorzieningen in de Nederlandse gezondheidszorg en namen vrijwel geen kennis van de gezondheidsvoorlichting die in Nederland bij wijze van preventie werd verstrekt.

In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ontwikkelde het toenmalige Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (BVGB) een kadercursus voor groepsvoorlichting in eigen taal en cultuur. Het resultaat was een tweejarige parttime kadercursus, deels in het Nederlands en deels in de eigen taal, voor allochtone vrouwen die over de nodige levenservaring beschikten en affiniteit hadden met de sociale omstandigheden van de eigen cultuurgroep. Onderdelen van de cursus waren gezondheids- en opvoedingsonderwerpen, voorlichtingstechnieken en vaardigheden om groeps gesprekken te leiden. Aan het eind van deze twee jaar kon men een landelijk certificaat behalen. In 1986 ging de eerste kadercursus van start, en de cursus wordt -uiteraard met de nodige aanpassingen- nog steeds gegeven. Inmiddels verzorgt het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) de kadercursussen. Sinds 1996 is ook het Landelijk Steunpunt VETC ondergebracht bij het NIGZ (1). De coördinatie van de uitvoering van VETC is in handen van twintig lokale en regionale steunpunten VETC, die veelal zijn ondergebracht bij een GGD.

Doel van VETC is om allochtonen voor te lichten die nog onvoldoende Nederlands spreken om kennis te nemen van de Nederlandstalige voorlichting over gezondheid, of die om andere redenen niet adequaat gebruik maken van de Nederlandse gezondheidszorg. De beoogde voorlichting is vooral preventief van aard, wordt in groepsverband gegeven en sluit aan bij de gebruiken en achterliggende ideeën over ziekte en gezondheid in de eigen cultuur, om van daaruit de aansluiting te kunnen maken bij de gebruiken en ideeën in de Nederlandse cultuur. Belangrijke bijkomende doelen van VETC zijn het bevorderen van zelfredzaamheid, mondigheid en het doorbreken van sociaal isolement (2).

In 1988 rondde de eerste vrouwelijke VETC-ers de cursus af. Twee jaar later waren er ook allochtone mannen opgeleid, specifiek voor het geven van voorlichting over SOA/AIDS. In 1994 startte een kadercursus VETC voor mannen.

VETC in Den Haag

In 1988 is het Haagse steunpunt VETC opgericht en ondergebracht bij de GGD. Het steunpunt regelt de vraag naar en het aanbod van VETC, ondersteunt de voorlichters en bewaakt de kwaliteit van de voorlichting. De vraag naar VETC is sindsdien alleen maar toegenomen, landelijk en ook in Den Haag, zowel voor groepen vrouwen als voor groepen mannen. Wanneer er behoefte is aan nieuwe voorlichters organiseert het steunpunt samen met het NIGZ een kadercursus, het laatst in 2000, toen een groep mannen is opgeleid. Mannelijke VETC-ers worden tevens

Over de auteur:
Els Enting is coördinator van het VETC steunpunt Den Haag.

opgeleid in het werven van groepen die kunnen worden voorgelicht. Groepen allochtone mannen blijken moeilijker bereikbaar dan allochtone vrouwen, waar het gezondheidszorgzaken betreft. Dit vergt speciale aandacht.

Momenteel werken er op freelance basis in Den Haag 32 VETC-ers (20 vrouwen, 12 mannen), afkomstig uit acht verschillende landen, die voorlichting kunnen geven in meer dan elf talen, te weten: het Arabisch, Berbers, Turks, Farsi, Dari, Engels, Frans, Nederlands, Papiament, Spaans, Somalisch en de talen van het voormalig Joegoslavië.

Het Haagse steunpunt organiseert regelmatig bijscholing, onder andere over de thema's TBC, SOA/AIDS, Opvoeden en Kinderveiligheid, Anticonceptie, Seksuele beleving, Diabetes, Gezond oud worden, Roken en Verslaving. Bijscholing worden vaak georganiseerd in samenwerking met andere organisaties zoals het NIZW, STIVORO, NIGZ en Stichting Consument en Veiligheid. Ook wordt de medewerking gevraagd van collega's van de afdelingen algemene en jeugdgezondheidszorg van de GGD.

Naast groepsvoorlichtingen verlenen Haagse VETC-ers regelmatig medewerking aan informatiemarkten, gezondheidscampagnes, onderzoeksprojecten, en advisering bij voorlichtingsmateriaal.

Voorlichtingsactiviteiten vinden over het algemeen plaats op aanvraag: een organisatie, bijvoorbeeld een school, zelforganisatie of welzijnsorganisatie, neemt contact op met het steunpunt en geeft aan welke voorlichting(en) men wil voor welke doelgroep. De tarieven die het steunpunt hiervoor in rekening brengt, zijn gebaseerd op landelijke afspraken.

Bij bepaalde projecten zoals de Thuisdokter (4), SOA/AIDS en Roken, dat doe je niet! biedt het steunpunt zijn activiteiten zelf aan, tegen gereduceerd tarief.

Een nieuwe ontwikkeling is de vraag vanuit gezondheidscentra naar individuele voorlichting voor allochtone bezoekers (3) (7). In opdracht van de Stichting Haagse Gezondheidscentra heeft een aantal VETC-ers bij het NIGZ een opleiding gevolgd om als 'zorg-

consulent' individuele voorlichting te geven, hulpverleners te ondersteunen en patiënten te begeleiden in de voorgeschreven therapie. Ook heeft men geleerd groepsvoorlichtingen te verzorgen voor specifieke patiëntengroepen, zoals diabetespatiënten. Deze zorgconsulenten zijn in dienst van de Stichting Haagse Gezondheidscentra.

De polikliniek Verloskunde en Gynaecologie van het Medisch Centrum Haaglanden is in 1999 een project gestart om VETC-ers opgeleid als zorgconsulent, in te zetten ter ondersteuning van de artsen en patiënten (8).

Ontwikkelingen bij het VETC steunpunt Den Haag

Over de afgelopen drie jaar signaleren we bij het steunpunt VETC Den Haag de volgende ontwikkelingen:

Diversiteit van activiteiten

Het aantal VETC-activiteiten is de afgelopen vier jaar fors gestegen, zoals tabel 1 laat zien.

Ook de diversiteit van de vraag neemt toe. Het Haagse steunpunt krijgt steeds meer aanvragen voor VETC-ers om deel te nemen aan andere activiteiten dan groepsvoorlichting: wijkmanifestaties, informatiemarkten, speciale campagnes, etc. Bijvoorbeeld voor de manifestatie Live voor Life, speciaal georganiseerd voor jongeren, waarbij aan VETC-ers werd gevraagd voorlichting te geven over voorbehoedsmiddelen en SOA/AIDS op de informatiemarkt. Uit de tot nu toe beschikbare gegevens van 2004 lijkt deze ontwikkeling zich voort te zetten.

In 2002 werd door de GGD op VETC een beroep gedaan om mee te werken aan de meningokokken-campagne. VETC-ers werden ingezet om mensen zo nodig in hun eigen taal te informeren over de inentingsprocedure. Bij de theatervoorstellingen van het project de Thuisdokter (4) en het Diabetesproject voor Hindostanen (5) gaven VETC-ers voorlichting, en bij het project Vitamine D-tekort bij allochtone vrouwen (6) assisteerden VETC-ers bij het invullen van vragenlijsten bij huisartsen.

Tabel 1: aantal verrichte activiteiten door VETC-ers per jaar per doelgroep.

Jaar	VETC activiteiten voor vrouwen		VETC activiteiten voor mannen		Totaal
2001	Groepsvoorl. 293	Andere*:118	Groepsvoorl. 95	Andere: 34	540
2002	Groepsvoorl. 571	Andere: 153	Groepsvoorl. 153	Andere: 97	974
2003	Groepsvoorl.604	Andere: 200	Groepsvoorl. 202	Andere:142	1148
2004**	Groepsvoorl.479	Andere: 144	Groepsvoorl. 219	Andere: 146	988

(*Andere activiteiten: voor- en evaluatiegesprekken, informatiemarkten, gezondheidscampagnes, diverse activiteiten voor projecten zoals acquisitie, enquêtes).

(** Van 2004 zijn de verrichte activiteiten tot 1 oktober geregistreerd.)

Op verzoek van de Medische Opvang Asielzoekers is in 2000 een aantal vluchtelingen opgeleid tot VETC-er, om voorlichting te geven in het Opvangcentrum Den Haag en asielzoekerscentra in de regio.

Vraag naar mannen

Uit tabel 1 blijkt dat de uitgevoerde VETC-activiteiten voor mannen en vrouwen verschillen. Voor de vrouwen wordt meer groepsvoorlichting aangevraagd, voor de mannen relatief meer 'andere' activiteiten.. Ook blijkt het totaal aantal VETC-activiteiten voor mannen de laatste twee jaar relatief meer te zijn toenomen dan dat voor vrouwen.

Waar voorlichting voor groepen mannen werd aangevraagd, betrof dit steeds vaker het thema opvoedingsondersteuning, naast nog altijd het onderwerp SOA/AIDS.

Specifieke training VETC-ers

In opdracht van de GGD heeft Parnassia VETC-ers getraind om voorlichting te geven over verslaving. Zij geven nu VETC-groepsvoorlichtingen over verslaving, samen met een preventiewerker van Parnassia. Om tegemoet te kunnen komen aan de toenemende vraag uit groepen ouderen hebben VETC-vrouwen in 2003 een bijscholing Gezond oud worden gevolgd bij het NIGZ. Vanwege een stijgende behoefte aan bewegen onder allochtone vrouwen heeft de afdeling Sport van de gemeente een instapcursus Bewegen georganiseerd. Enkele VETC-ers hebben hier aan meegedaan om de beweegdocente te kunnen assisteren. Thuiszorg Den Haag heeft via het steunpunt VETC Marokkaanse en Turkse VETC-vrouwen ingezet voor hun project Fit en Slank.

Op verzoek van de universiteit van Maastricht heeft het steunpunt Den Haag meegewerkt aan het project 'HIV preventie bij migrantenvrouwen'. Een Antilliaanse VETC-er heeft een speciaal voor dit project ontwikkelde bijscholing gevolgd.

Teneinde de zorg aan allochtone patiënten met psychische problemen te verbeteren heeft Parnassia in 2001 het Intercultureel Mobiel Team (IMT) gestart. VETC-ers die zijn opgeleid als zorgconsulent worden door Parnassia verder opgeleid tot therapeutisch medewerker en kunnen door huisartsen of hulpverleners van Parnassia worden ingezet.

Cultureel gemengde groepen

Steeds meer groepen bestaan uit deelnemers afkomstig uit diverse culturen. Voor deze doelgroepen wordt voorlichting in het Nederlands aangevraagd. Vanaf 2003 is ook het aantal voorlichtingen in de Marok-

kaanse taal afgenomen, doordat steeds meer Marokkanen aansluiten bij groepen die VETC-voorlichting in het Nederlands aanvragen.

Samenwerking

Vertrouwenspersonen uit allochtone kring worden vaker ingezet bij de aanpak van psychosociale problematiek bij allochtone burgers. Eind 2003 is de Werkgroep Allochtone Functionarissen (WAF) opgericht, bestaand uit allochtone zorgconsulenten, VETC-ers, IMT-ers en Vertrouwenspersonen van het project Nieuwe Sporen, voor onderlinge ondersteuning, versterking en afstemming van de werkzaamheden (9) (10). Nieuwe Sporen is in 1998 gestart onder auspiciën van de Stichting ter Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (STIOM), speciaal voor de aanpak van psychosociale problematiek bij allochtonen (zie ook het artikel over Nieuwe Sporen, elders in dit Bulletin).

Tot slot nog een andere vorm van samenwerking: STIVORO en de GGD zijn Den Haag zijn voorlichtingen gestart over de gevaren van het roken, waarbij voor allochtone doelgroepen een speciale cursus en materiaal is ontwikkeld. Om deze voorlichtingen onder de aandacht van de doelgroepen te brengen heeft men een beroep gedaan op VETC-ers.

Wensen voor de toekomst

Jongeren, ouderen

VETC heeft zich ontwikkeld als speciale methodiek om bepaalde groepen allochtonen te bereiken met voorlichting over gezondheid en opvoedingsondersteuning. De komende tijd wil het steunpunt zich met name richten op voorlichtingsactiviteiten voor jongeren van 12 -18 jaar, en ouderen, ook ouders en verzorgers.

Bij jongeren is al ervaring opgedaan met voorlichting over seksualiteit, SOA/AIDS en verslaving, aan Internationale Schakelklassen (ISK) en Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA 's). Voor voorlichtingen aan ouders/verzorgers van kinderen wordt gezocht naar een betere methode om de vaders meer te betrekken bij de opvoeding. De voorlichtingen over Gezond oud worden wil het steunpunt graag combineren met bewegingsles. Hiervoor worden in 2005 meer VETC-ers opgeleid tot docent beweging.

Bijscholing

Omdat VETC-ers regelmatig wordt gevraagd een bijdrage te leveren bij infomarkten en manifestaties, en zij hiervoor niet voldoende blijken toegerust, is het wenselijk dat zij worden bijschoold en getraind.

Met het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld wordt al gewerkt aan bijscholing op het thema huiselijk geweld.

Voor nieuwe thema's moeten ook nieuwe methodieken en nieuw materiaal worden ontwikkeld.

Asielzoekers

Het steunpunt wil speciale aandacht gaan besteden aan de specifieke gezondheidsproblemen van vluchtelingen en asielzoekers, mede omdat de voorlichtingen voor deze doelgroepen door opheffing van MOA en Stichting Vlonder niet meer regelmatig plaats vinden.

Structureler werken

Veel organisaties vragen vanwege de kosten regelmatig 'losse' voorlichtingen over gezondheidsthema's aan. Het steunpunt voert wat dit betreft een 'ontmoedigingsbeleid', omdat al vaak is gebleken dat de inhoud van de voorlichting beter wordt overgebracht bij een reeks voorlichtingen -waarbij de deelnemers een goed contact opbouwen met de voorlichter en met elkaar- dan bij losse voorlichtingen.

Met externe organisaties wil het steunpunt komen tot een betere afstemming en efficiëntere uitvoering van gezamenlijke projecten.

VETC blijkt in de praktijk nog altijd lastig te organiseren, mede door het achterblijven van structurele randvoorwaarden voor het uitvoeren van VETC. Het steunpunt hoopt dat de gemeente Den Haag vasthoudt aan het voornemen om VETC-ers in dienst te nemen, zodat een structureel aanbod van VETC kan worden gegarandeerd.

De komende tijd vindt er een effectonderzoek plaats naar VETC-activiteiten.

Meer in het Nederlands

Bij het steunpunt komen steeds meer aanvragen binnen voor VETC-activiteiten in het Nederlands, voor groepen afkomstig uit verschillende culturen. Hiertoe moet ook de beheersing van het Nederlands van de VETC-ers zelf verbeteren. Een aantal mensen volgt daartoe Nederlandse les.

Naarmate de inburgering en integratie van mensen van buitenlandse afkomst in Nederland vorderen, zal binnen VETC hoe dan ook het accent minder komen te liggen op voorlichting in de 'eigen taal' en meer op die andere functie van VETC, namelijk het vormen van een brug tussen de gebruiken en achterliggende ideeën in de eigen cultuur en de gebruiken en ideeën die ten grondslag liggen aan de Nederlandse cultuur en gezondheidszorg. Met zoveel culturen en zoveel nieuwe thema's die zich steeds aandienen, hebben de

steunpunten VETC hier vooralsnog de handen aan vol.

Literatuur:

1. Van der Goot K. Een vaste plek voor VETC. Eindverslag project Structurele Inbedding VETC. NIGZ, Woerden 2003.
2. NIGZ. Tien jaar voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid en opvoeding. Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, Woerden, 1998.
3. Smit L. Feiten over intermediairs. Overzicht van (para) professionals in zorg, onderwijs, welzijn, werk en wonen. Forum, Utrecht: 2004.
4. Bree KIM. Tips voor de thuisdokter. Epidemiologisch Bulletin 2002; 37(1):22-6.
5. Bree KIM, Roos ML, Van der Meer IM. Suikerziekte in de schijnwerkers. Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen. Epidemiologisch Bulletin 2003; 38(1): 22-24.
6. Wuister JD, Van der Meer IM, Huisman W, Lutjenhuis MJTh. Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderwijk. Epidemiologisch Bulletin 2002; 37(2): 8-11.
7. Allochtone zorgconsulent, financiering & organisatie. Verslag van invitational conference. Forum/ NIGZ, Utrecht 2004.
8. Kruijthof CJ, Verlaat AM, Van Nienes M. Migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde, MCH Westeinde: het vervolg. Epidemiologisch Bulletin 2002; 37(1): 18-21.
9. Hoffer C. Nieuwe Sporen. Een vernieuwend project in de Haagse binnenstad: uiteenlopende deskundigheden als uitgangspunt van geestelijke gezondheidszorg. Epidemiologisch Bulletin 2000; 35(2):1-10.
10. May RF. De Haagse GGZ en allochtonen. Een greep uit de praktijk van Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag. Het project Nieuwe Sporen. Epidemiologisch Bulletin 1999; 34(2/3):12-13.

Verder geraadpleegde literatuur:

De Turkse en Marokkaanse voorlichtster in de praktijk. Verslag van een onderzoek naar de gezondheidsvoorlichting in de eigen taal en cultuur voor en door Turkse en Marokkaanse vrouwen. (L. Singels; Uitgave Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders Utrecht 1993).

Toekomstscenario's voorlichtingen in eigen taal en cultuur voor en door Marokkaanse vrouwen (L. Singels; Uitgave Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders Utrecht 1993).

Pendelaars tussen vraag en aanbod: Focus op de functie van intermediair (Els van Thiel; uitgave FORUM 2004).

Procesverslag Spreekuren in eigen taal aan vrouwelijke vluchtelingen/asielzoekers. Deelproject van preventieproject Voorkomen van ongewenste zwangerschap bij allochtone vrouwen. (Iris Luijendijk, NIGZ Woerden mei 2003).
Brochure VETC (NIGZ Woerden 2002).
Verslag ontmoetingsdag VETC (NIGZ/Forum juni 2003).

korte berichten

Actueel

Overgewicht bij Hindostaanse kinderen

Net als bij Nederlandse kinderen is bij Hindostaanse kinderen sprake van hoge prevalentiecijfers van overgewicht. Vanuit de Universiteit Twente, Toegepaste Communicatiewetenschap, is een verkennend (afstudeer)onderzoek gedaan naar hoe men binnen de Hindostaanse gemeenschap denkt over overgewicht. Uiteraard met het doel de voorlichting gericht te kunnen opzetten. Het onderzoek is gedaan bij de GGD/ GVO Den Haag.

De hoofdvraag was: 'Wat zijn de attitudes en gedrag van Hindostaanse ouders ten aanzien van overgewicht bij hun kinderen?'. Specifiek is ingegaan op de Hindostaanse voedings- en beweggewoonten, de attitude ten aanzien van het gewicht en de behoefte aan voorlichting. Literatuur over voedings- en beweggewoonten bij Hindostanen meldt o.a. dat Hindostanen veel eten tijdens feestjes en dat niet alle Hindostanen zich bewust zijn van het belang van bewegen. Een aantal interviews en groepsbijeenkomsten met ouders van kinderen met overgewicht en van kinderen met een normaal gewicht - leverde interessante aanknopingspunten op voor de voorlichting. Zo moeten meer Hindostanen zich bewust worden van slechte gewoonten, bijvoorbeeld onregelmatig eten, veel olie gebruiken bij de bereiding en weinig lichamelijke activiteit. Ouders moeten inzien dat overgewicht bij hun kinderen een probleem is, dat de oplossing ligt in een juiste balans van voeding en beweging en dat zij zelf het goede voorbeeld

moeten geven.

Voorlichting moet zich niet alleen richten op ouders, maar ook op de kinderen, opa's, oma's en omgeving.

Op basis van dit verkennende onderzoek onder een beperkte groep zou een vervolgonderzoek kunnen worden gedaan onder grotere aantallen ouders en ook onder de kinderen zelf.

Meer informatie bij mevr. J. Beljaars, GGD Den Haag, tel. 070-3537271.

Lager opgeleiden minder vaak hulp bij AGGZ

Steeds meer mensen zoeken hulp bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ), maar bepaalde groepen weten de weg naar de AGGZ maar moeilijk te vinden. Voorbeelden zijn lager opgeleiden met psychische stoornissen, depressieve volwassenen met een alcoholverslaving en mensen met een manisch-depressieve stoornis. Mensen die meer dan gemiddeld gebruik maken van de AGGZ en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) zijn eenoudergezinnen, mensen met een laag inkomen en jongere gezinnen. De zorg lijkt goed toegankelijk voor volwassenen die ooit in hun leven te maken hebben gehad met een depressie. Ook mensen met ernstige, complexe of gevaarlijke symptomen hebben meer kans om GGZ-hulp te krijgen.

Margreet ten Have van het Trimbos-instituut onderzocht de zorgpatronen in de periode 1979-1995, en schreef er haar proefschrift over 'Care Service Use for Mental Health Problems in the General Population: Trends and Explanations'. Uitgegeven door het Trimbos-instituut en

te bestellen via

www.trimbos.nl/producten, bestelnummer AF0526.

Cursussen

Prevention and control of infectious diseases

Introduction to the prevention and epidemiology of infectious diseases, transmission risk and current national and international policies.

Doelgroep: huisartsen, artsen M&G en artsen werkzaam in infectieziektebestrijding, beleidsadviseurs en gezondheidsbevorderaars, onderzoekers en preventied medewerkers.

Kosten: € 1.100

Data: 11, 12, 18 en 19 april

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Effectief projectmanagement

Over toepassing van projectmanagementmodellen.

Doelgroep: professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg zoals

artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen, sociaal verpleegkundigen, artsen

Arbeid & Gezondheid, professionals werkzaam in de GHOR, gezondheidsbevorderaars en preventied medewerkers, onderzoekers en gemeenteambtenaren.

Kosten: € 1.100

Data: 11, 12, 19 en 26 april

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Ontwikkeling in wet en regelgeving in de OGZ

Over het vertalen van actuele en aankomende wetgeving, zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), naar de eigen werksituatie.

Doelgroep: alle professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, onderzoekers, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen, professionals werkzaam in de GHOR, sociaal verpleegkundigen, paramedici, verloskundigen, gezondheidsbeoordelaars en preventiemedewerkers, onderzoekers en gemeenteambtenaren.
 Kosten: € 825
 Data: 9, 10 en 23 mei
 Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Omgaan met schaalvergroting

Wat zijn de consequenties van schaalvergrotingen van organisaties binnen de OGZ voor uw werk en hoe kunt u daar mee omgaan? Doelgroep: professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding, leidinggevenden, gezondheidsbeoordelaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, onderzoekers en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.
 Kosten: € 825
 Data: 30 en 31 mei en 8 juni
 Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie over alle cursussen via www.nspob.nl, tel. 020-5664949, info@nspob.nl.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het hele jaar 2004, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyses zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waar alle aangifteplichtige meldingen worden ingevoerd.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten voor de stad Den Haag, door de GGD bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg tijdens 2004 gemeld (642, exclusief de TBC-meldingen), is duidelijk hoger dan in 2003 (482, exclusief de TBC-meldingen). Deze toename is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een toename in het aantal meldingen van kinkhoest die bijna is verviervoudigd. Noemenswaardig is tevens een halvering van het aantal gevallen van hepatitis A. Sinds 2003 is ook de dodelijke hersenaandoening Creutzfeld-Jacob's ziekte meldingsplichtig. De variëteit van deze aandoening is de gevreesde aandoening die veroorzaakt wordt door prionen, minuscule eiwitten die aangekomen worden in het zenuwstelsel van dieren die aan gekke koeienziekte lijden. In 2004 is 1 geval gemeld, maar dit betrof een klasieke vorm, die met de gekke koei-

enziekte niets te maken heeft. Verder zijn er geen noemenswaardige verschuivingen te melden.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in Den Haag over de 5 laatste jaren.

Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Het gaat meestal om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Bij huidziekten gaat het dikwijls om enkele gevallen van krentenbaard of schimmelinfecties in kinderdagverblijven. 'Vlekjesziekten' betreft dikwijls een vermoeden van vijfde ziekte, rode hond en roodvonk in kinderdagverblijven. In 2004 ging het bij geelzucht om hepatitis A in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Er waren geen mel-

Tabel: Overzicht alle infectieziekten 2003, 2004 (totaal), exclusief TBC.

ZIEKTE-EXTRA	Totaal	
	2003	2004
Bacillaire dysenterie	18	19
Brucellose		2
Buiktyphus	5	2
Creutzfeld-Jacob's Disease - K	1	1
Hepatitis A	48	24
Hepatitis B Acuut	10	20
Hepatitis B Chronisch	184	169
Hepatitis B Onbekend	5	1
Hepatitis C Acuut en Drager	38	
Kinkhoest	92	345
Legionellose	9	4
Leptospirose		1
Malaria	32	22
Mazelen	2	
Meningokokkose	12	6
Ornithose/psittacose	5	
Paratyphus A	2	3
Paratyphus B	1	1
Paratyphus C	1	
Q-koorts		1
Voedselvergiftiging of voedsel	17	21
Totaal	482	642

dingen van hepatitis A op de scholen! Een grote epidemie van bof heeft plaatsgevonden op de Hotelschool Den Haag waarbij ongeveer 1000 personen preventief zijn gevaccineerd.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2004, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2004 gemeld (217, exclusief de TBC-meldingen), is aanzienlijk hoger dan in dezelfde periode in 2003 (128, idem). Deze toename is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een stijging van het aantal meldingen van kinkhoest. Hepatitis C hoeft sinds november 2003 alleen bij de IGZ worden gemeld als het om een acute vorm gaat. In 2004 zijn geen acute gevallen van deze ziekte gemeld. Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Twaalf gevallen werden gemeld, 8 vrouwen en 4 mannen van alle leeftijdscategorieën. Bij 7 mensen van buitenlandse oorsprong vond de besmetting plaats in het Nederland, 5 autochtone personen werden in het buitenland besmet.

Brucellose

Eén vrouw is in Turkije besmet, waarschijnlijk door geitenmelk.

Buiktyfus

Eén man is in Turkije besmet.

Hepatitis A

In het vierde kwartaal 2004 is slechts 1 vrouw gemeld die, in Pakistan, hepatitis A heeft opgelopen. Er zijn geen gevallen van hepatitis A aangegeven die zijn opgelopen door homoseksueel contact.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (53) is licht gestegen. Vooral vrouwen werden gemeld, en beide geslachten zijn vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers (47). Meestal worden die toevallig gevonden bij screening van zwangeren of als onderdeel van onderzoek bij lichte leverfunctiestoornissen of vage klachten.

Bij 4 van de 6 acute gevallen ging het om een besmetting te wijten aan onbeschermd seksueel contact. Bij de chronische gevallen gaat het doorgaans om personen afkomstig uit endemische gebieden, waar de aandoening frequent voorkomt. Over de besmettingsweg tast men meestal in het duister, maar vermoed wordt dat intrafamiliale

besmetting zoals via de moeder bij de geboorte een belangrijke rol kan spelen. Bij twee gevallen werd intraveneus druggebruik genoemd, en een ander zou door een homoseksuele relatie zijn besmet.

Hepatitis C

Het aantal bij de IGZ te melden hepatitis C gevallen is door de veranderde meldingscriteria tot nul gereduceerd.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (133) is dit kwartaal genomen vergeleken met het vorige kwartaal (113), en ook vergeleken met het vierde kwartaal 2003 (41). Het jaar 2004 wordt beschouwd als een piekjaar voor kinkhoest, iets dat elke 2 à 4 jaar optreedt. Dit fenomeen is landelijk. De laatste jaren gaat het hoofdzakelijk om kinderen in de leeftijd tussen 5 en 14 jaar.

Legionellose

Gedurende het vierde kwartaal is 1 geval van legionellose gemeld.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (5) was vergelijkbaar met die in het vorig kwartaal, maar lager dan in dezelfde periode vorig jaar (12). Het betreft volwassenen die allen in Afrika zijn besmet. Bij alle patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokken

Gedurende het vierde kwartaal 2004 is bij een 22-jarige man hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokok type C, waartegen in 2002 massaal gevaccineerd is onder jongeren tot en met 18 jaar.

Tabel: infectieziekten gemeld door instelling

ziektecategorie	2000	2001	2002	2003	2004
Ander	1		2	1	3
Bloedoverdraagbare aandoeningen	1				
Gastro-enteritis (diarree, braken)	13	9	12	17	16
Geelzucht	5	3	4	6	1
Hersenvliesontsteking	8	7	10	1	3
Huidziekten	4	4	16	6	8
Invasieve pathogenen		1		2	
Luchtweginfecties	3	4	11	4	6
Vlekjesziekten	5	7	17	5	17
Totaal	40	35	72	42	54

Paratyfus

In het vierde kwartaal 2004 werden 2 gevallen van paratyfus (een ziekte die lijkt op een lichte buiktyfus) gemeld. Een geval is in Turkije opgelopen, het ander in Nederland. De besmettingsbron is echter niet gevonden.

Q-koorts

Er is 1 geval van deze ziekte gemeld. Besmetting vond wel plaats in Nederland, maar de bron is niet achterhaald.

Voedselinfecties

Er zijn 6 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het ging in 2 individuele gevallen om mensen die of in de voedingssector of in de ziekenverzorging werkzaam zijn, en daarom gemeld moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 4 gevallen betrof het een uitbraak bij 2-4 personen. De infecties zijn 3 maal vermoedelijk opgelopen in een restaurant.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2004, voor de regio Zuid-Holland West**Bacillaire dysenterie**

Er zijn 4 meldingen van bacillaire dysenterie. De ziekte is opgelopen in Thailand (*Shigella flexneri*), Kenia/Tanania (*Shigella flexneri*), China (*Shigella boydii*) en Marokko (*Shigella boydii*).

E-coli 0157

Het gaat hier om een twaalfjarig kind dat in het ziekenhuis is opgenomen met darmklachten. De enige mogelijk bron was een survivaltocht waar het kind veel met water en modder in aanraking is geweest.

Hepatitis A

Er is 5 keer hepatitis A gemeld. Eén keer betrof het een buitenlandse

student die kort in Nederland was en de ziekte in zijn geboorteland had opgelopen. De andere vier gevallen zijn allen gerelateerd aan een melding uit augustus. De transmissie heeft plaatsgevonden via gezin en school.

Hepatitis B

Er zijn 16 gevallen van hepatitis B gemeld waarvan er 1 acuut is opgelopen, waarschijnlijk door seksueel contact. De andere meldingen betreffen personen die de hepatitis B langer geleden opgelopen hebben, meestal in het land van herkomst. Bij het contactonderzoek komt het nog regelmatig voor dat het gezin niet is gescreend en niet gevaccineerd.

Kinkhoest

Het aantal meldingen van kinkhoest is in het vierde kwartaal fors gedaald tot een aantal van 116 meldingen. In totaal zijn er in 2004 589 meldingen geweest.

Legionellose

Er zijn twee meldingen van legionellose geweest. Een man heeft de ziekte opgelopen in Turkije. EWGLI (European Working Group for Legionella Infections) heeft een cluster gemeld uit het hotel waar de betrokkene heeft gelogeed. Van de andere melding is de bron onduidelijk. Er wordt nog verder onderzoek naar gedaan.

Leptospirose

Er is één geval van leptospirose gemeld. De ziekte is in Nederland opgelopen.

Malaria

Er is éénmaal malaria gemeld. De ziekte is veroorzaakt door de *Plasmodium falciparum* en in Nigeria opgelopen. Betrokkene heeft ondanks het advies van de GGD geen malariaprofylaxe ingenomen.

Meningokokkose

Er is één melding van meningokokken meningitis bij een kind van twee jaar. Het gaat om de meningokok type B.

Paratyfus A

Tweemaal is er een paratyfus A gemeld. Beide meldingen zijn gerelateerd en de mensen hebben de ziekte opgelopen op een reis naar China.

Tuberculose

Er zijn zes meldingen van tuberculose.

Voedselinfectie

Er is sprake van een voedselinfectie waarbij ongeveer 30 van 60 genodigden van een bruiloft ziek zijn geworden. De klachten zijn vooral diarree, misselijkheid en braken. Uit de ontlasting van een aantal personen is een *Salmonella* groep C gekweekt. Een andere melding van een voedselinfectie gaat over een persoon die in de voedselbereiding werkzaam is.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het vierde kwartaal 2004			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 4e kw. 2004	GGD-Zuid-Holl. West 4e kw. 2004	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2004	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2003 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2004 **)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2004 **)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2004 **)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2004	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2003 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	12	4	16	12	6	9	12	43	39
	buiktyfus	1		1		1			2	12
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease						1		1	1
	hepatitis A	1	5	6	15	18	7	8	39	61
	hepatitis B *)	53	16	69	71	56	55	78	258	245
	hepatitis C									47
	kinkhoest	133	116	249	90	130	216	326	921	243
	legionella pneumonie	1	2	3	5	1	1	6	11	14
	mazelen									2
	meningokokkose	1	1	2	5	4	4	3	13	29
	paratyfus A	1	2	3	1			3	6	5
	paratyfus B (C)	1		1	1			1	2	5
	tuberculose	35	6	41	43	34	53	48	41	172
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	6	2	8	3	1	9	6	24	18
C-ziekten	brucellose	1		1		1		1	3	
	E.coli 0157		1	1					1	
	leptospirose		1	1		1	1	3	6	
	malaria	5	1	6	14	5	8	8	27	34
	ornithose/psittacose				1					9
	Q-koorts	1		1					1	
	rode hond									
totaal	252	157	408	261	258	364	503	1399	936	

*) inclusief dragers

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

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

