

Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk

Een procesevaluatie

M.A. BRUIJNZEELS
A.J.J. VOORHAM
T. DE HOOP

Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, De Hoop T. Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk. Een procesevaluatie. Huisarts Wet 1999;42(7): 307-10.

Doel Een beschrijving van de introductie van migrantenvoorlichtsters in een aantal gezondheidscentra en huisartspraktijken in achterstandswijken in Rotterdam. Doel van deze interventie was het optimaliseren van de communicatie tussen huisarts en allochtone patiënten, en het vergroten van hun kennis.

Methode De drie voorlichtsters (een Turkse, een Marokkaanse en een Chinese) registreerden gedurende zestien maanden alle contacten met patiënten. Na afloop van deze periode werd bij hen een semi-structureerd interview afgenomen; dat gebeurde eveneens bij negen bij het project betrokken huisartsen. Aan de hand van de registraties en de interviews werden de kenmerken van de contacten van de voorlichtsters en van de patiënten die hen hadden bezocht, benevens de ervaringen van de voorlichtsters en de huisartsen geïnventariseerd.

Resultaten De drie voorlichtsters hadden 938 contacten met patiënten. De meest voorkomende problemen waren van psychische, chronische en sociale aard. Vrijwel alle patiënten spraken gebrekkig of in het geheel geen Nederlands, en hadden een zeer lage opleiding (maximaal lagere school). Na een duidelijke aanloopfase ervoeren zowel huisartsen als voorlichtsters deze functie als nuttig en bevorderlijk voor de kwaliteit van de hulpverlening aan deze moeilijk bereikbare doelgroep.

Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o., Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam, M.A. Bruijnzeels, tevens Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam; A.J.J. Voorham, projectleider; T. de Hoop, interventie. Correspondentie: A.J.J. Voorham, e-mail: voorhamt@ggd.rotterdam.nl.

Inleiding

Veel patiënten van niet-Nederlandse herkomst hebben extra behoefte aan voorlichting, terwijl anderzijds de communicatie met Nederlandse hulpverleners vaak moeizaam verloopt door verschillen in taal en culturele achtergrond. Hierdoor worden adviezen van de arts nogal eens niet begrepen, wat onder meer nadelige effecten kan hebben op de therapietrouw. Anderzijds ervaren huisartsen in buurten met veel allochtone bewoners een sterk verhoogde werkdruk, wat nadelige gevolgen heeft voor hun arbeidssatisfactie en de kwaliteit van de geleverde zorg.¹⁻³

Sinds kort worden in diverse huisartspraktijken en gezondheidscentra 'migrantenvoorlichtsters' ingezet om de communicatie tussen huisarts en allochtone patiënt te optimaliseren.⁴⁻⁶ De aanpak die daarbij wordt toegepast, bouwt voort op de 'voor en door'-methode.⁷ De voorlichtster spreekt de taal van de doelgroep; de afstand tussen beiden is klein en de overtuigingskracht van de boodschap neemt daardoor toe.

De kern van de interventie in Rotterdam bestaat uit een zelfstandig spreekuur van de migrantenvoorlichtster. Binnen het project participeren een Turkse, een (Arabisch sprekende) Marokkaanse en een Chinese voorlichtster. Patiënten kunnen bij haar terecht na verwijzing door de huisarts, tijdens speciale inloopsprekuren en voorafgaand aan een consult bij de huisarts (ter verheldering van de hulpvraag). Verder kan de huisarts de voorlichtster inschakelen tijdens het spreekuur. Er is wettelijk contact tussen de huisarts en de voorlichtster over patiënten en over onderwerpen en problemen waarmee de voorlichtster regelmatig wordt geconfronteerd.

De interventie is begonnen op 1 maart 1996 in drie gezondheidscentra in Rotterdam-Zuid met respectievelijk drie, vier en vier huisartsen. Op 1 september 1996 is gestart in een vierde centrum met zes huisartsen. In totaal staan in deze gezondheidscentra ongeveer 16.000 patiënten ingeschreven, onder wie bijna 5000 van

Turkse en bijna 2000 van Marokkaanse afkomst.

De Turkse en Marokkaanse voorlichtster begonnen in elk van de drie gezondheidscentra met een halve dag spreekuur. De Chinese voorlichtster begon in één gezondheidscentrum met circa 200 Chinese patiënten met twee halve dagen spreekuur. In de periode november 1996 t/m april 1997 hield zij een halve dag spreekuur in een solopraktijk, en vanaf 15 maart 1997 hield zij tweemaal twee uur spreekuur in een duopraktijk met circa 120 Chinese patiënten, van wie 60 in een Chinees bejaardentehuis.

In dit artikel beschrijven wij een deel van de procesevaluatie van dit project. Met name de volgende vragen worden beantwoord:

- Wat zijn de kenmerken van de contacten van de voorlichtsters en van de patiënten die de voorlichtster bezoeken?
- Hoe ervaren de huisartsen en de voorlichtsters de inzet van de voorlichtsters.

Methode

Voor de beschrijving van de contacten van de voorlichtsters is een registratieformulier ontwikkeld, dat na elk contact met een patiënt wordt ingevuld. De volgende items worden geregistreerd:

- *Consultgegevens*
 - datum;
 - vorm: spreekuur, driegesprek, telefonisch consult of huisbezoek;
 - aanleiding/reden: verwijzing huisarts, verwijzing assistente, verwijzing andere hulpverlener, initiatief patiënt, initiatief voorlichtster, vervolgsconsult;
 - duur (in minuten).
- *Patiëntgegevens*
 - geboortedatum;
 - geslacht;
 - verblijfsduur in Nederland;
 - opleidingsniveau;
 - kennis Nederlandse taal, zoals beoordeeld door de voorlichtster.
- *Inhoud van consult*
 - onderwerp (achteraf centraal gecoördereerd volgens de ICPC⁸);

- uitgevoerde actie: vraagverheldering, mondelinge voorlichting (inclusief het onderwerp), schriftelijke voorlichting (inclusief welke folders), luisteren en tolken;
- type vervolgspraak;
- toestemming van de patiënt voor bespreking inhoud consult met de huisarts.

• *Oordeel voorlichtster met betrekking tot:*

- behoort dit consult tot de taak van de voorlichtster (ja/nee);
- heeft de voorlichtster het probleem goed kunnen aanpakken (ja/nee);
- zijn er problemen geweest tijdens dit consult (ja/nee);
- tevredenheid van de voorlichtster.

De contacten van de Turkse en Marokkaanse voorlichtster die plaatsvonden in de periode 1-3-1996 t/m 15-7-1997 en de contacten van de Chinese voorlichtster over de periode 1-3-1996 t/m 15-5-1997 vormen de basis van deze evaluatie.

Na de zomer van 1997 zijn negen huisartsen van drie gezondheidscentra en de drie voorlichtsters ondervraagd naar hun ervaringen met de voorlichtster aan de hand van een semi-gestructureerd interview. Onderwerpen die tijdens dit interview ter sprake kwamen waren onder meer de ontwikkeling van het project, sterke en zwakke punten van de functie, het effect van de voorlichting en de toekomst van de functie.

Resultaten

Aantal consulten

De drie voorlichtsters hebben in totaal 938 contacten met patiënten gehad (tabel 1). Voor alle voorlichtsters geldt dat het aantal consulten na de zomer van 1996 sterk toenam. De Turkse voorlichtster verzorgde de helft van de contacten, de Chinese 27 procent en de Marokkaanse 23 procent.

In elk gezondheidscentrum en voor elke etnische groep verliep het project verschillend. De Turkse voorlichting vertoonde in twee centra een duidelijke stijging van het aantal consulten, wat aanleiding was tot een uitbreiding van de voor-

lichting tot twee dagdelen. Het aantal contacten met de Marokkaanse voorlichtster in deze twee centra steeg eveneens, maar minder. In het derde gezondheidscentrum bleef het aantal contacten met de Turkse

en Marokkaanse voorlichtsters achter bij de verwachting, ondanks extra inspanningen om de motivatie bij de huisartsen te vergroten. Uiteindelijk werd de voorlichting in dit centrum gestaakt.

Tabel 1 Aantal contacten met de drie migrantenvoorlichtsters per maand

| Jaar/maand | Turks | Marokkaans | Chinees | Totaal |
|-------------|-------|------------|---------|--------|
| 1996 | | | | |
| maart | 9 | 1 | 6 | 16 |
| april | 16 | 9 | 12 | 37 |
| mei | 16 | 9 | 11 | 36 |
| juni | 9 | 6 | 14 | 29 |
| juli | 6 | - | - | 6 |
| augustus | 8 | - | 10 | 18 |
| september | 37 | 16 | 17 | 70 |
| oktober | 45 | 21 | 24 | 90 |
| november | 42 | 17 | 14 | 73 |
| december | 37 | 12 | 21 | 70 |
| 1997 | | | | |
| januari | 31 | 15 | 20 | 66 |
| februari | 40 | 25 | 24 | 89 |
| maart | 55 | 25 | 30 | 110 |
| april | 41 | 12 | 42 | 95 |
| mei | 29 | 23 | 10 | 62 |
| juni | 39 | 14 | - | 53 |
| juli | 9 | 9 | - | 18 |
| Totaal | 469 | 214 | 255 | 938 |

Tabel 2 Voorlichtingsonderwerpen (met ICPC-codes) per voorlichtster. Percentages

| Onderwerpen | Turks | Marokkaans | Chinees | Totaal |
|--|-------|------------|---------|--------|
| Psychische problemen (P01-99) | 23 | 11 | 4 | 15 |
| Chronische aandoeningen (T90, R96, K85, L84) | 13 | 10 | 16 | 14 |
| Sociale problemen (Z01-29) | 8 | 8 | 15 | 10 |
| Vrouwenklachten (X01-99) | 8 | 4 | 8 | 7 |
| Maag-darmproblemen (D01-99) | 5 | 4 | 9 | 6 |
| Hulp bij taal (A48) | 4 | 20 | 0 | 6 |
| Anticonceptie (W10-15) | 6 | 10 | 3 | 6 |
| Bewegingsapparaat (L01-99, m.u.v. L84) | 4 | 2 | 7 | 4 |
| Zwangerschap (W01-09, W16-99) | 3 | 7 | 5 | 4 |
| Overige | 25 | 24 | 34 | 28 |

Tabel 3 Acties van de voorlichtster zoals gerapporteerd in 938 consulten. Percentages

| Actie (meer dan één antwoord mogelijk) | Turks | Marokkaans | Chinees | Totaal |
|--|-------|------------|---------|--------|
| Hulpvraag verduidelijken | 42 | 36 | 37 | 39 |
| Mondelinge informatie-overdracht | 78 | 57 | 94 | 78 |
| Schriftelijke informatie-overdracht | 26 | 19 | 25 | 24 |
| Luisteren | 34 | 27 | 47 | 36 |
| Tolken | 61 | 20 | 36 | 45 |

Het stopzetten van één dagdeel voorlichting voor de Chinese patiënten had tot gevolg dat het aantal contacten tijdens het overgebleven dagdeel sterk steeg. Het aantal contacten van de Chinese voorlichtster bij een solistisch werkende huisarts bleef achter bij de verwachting en na zes maanden werd de voorlichting in deze praktijk gestaakt. Het aantal contacten bij de duopraktijk (met de zorg voor een Chinees bejaardentehuis) was vanaf het begin ruim voldoende.

De variatie tussen de gezondheidscentra en de etnische groepen blijkt ook uit het aantal contacten per 1000 ingeschreven personen uit die etnische groep buiten de zomermaanden. Het aantal contacten varieerde van 63,9 per 1000 Chinezen in het desbetreffende gezondheidscentrum tot 3,3 per 1000 Turken in een van de andere gezondheidscentra.

Patiëntgegevens

In totaal 826 patiënten hadden contact met de voorlichtsters. Hun gemiddelde leeftijd was 37 jaar, met een range van 0 tot 80 jaar. De Turken waren gemiddeld 36 jaar, de Marokkanen 37 jaar en de Chinezen 48 jaar. Vrouwen waren sterk oververtegenwoordigd (76%).

Voor respectievelijk 49 en 87 procent van de patiënten is er een indicatie van de opleiding en de taalbeheersing. Van deze patiënten had 85 procent maximaal de lagere school afgemaakt. Minder dan 3 procent had een opleiding hoger dan mavo. Volgens de voorlichtsters sprak slechts 3 procent goed Nederlands; de overige patiënten spraken of gebrekkig of in het geheel geen Nederlands (53 en 43 procent).

Inhoud consult

De meeste consulten (64%) vonden plaats tijdens het individuele informatiesprek-uur van de voorlichtster; in 27 procent van de gevallen ging het om een driegesprek. De Chinese voorlichtster werd relatief vaker ingezet bij driegesprekken en huisbezoeken, vooral bij oudere Chinezen, die de Nederlandse taal slecht beheersen. De vorm van de contacten fluctueerde niet sterk gedurende de projectperiode.

De belangrijkste initiatiefnemers waren

de huisarts en de patiënt zelf. Bij de Turkse voorlichtster was de huisarts in 64 procent van de gevallen de initiator, bij de Chinese voorlichtster slechts in 11 procent van de gevallen. Hier waren het de patiënten zelf die het initiatief namen. Het aandeel van de door de patiënten geïnitieerde contacten vertoonde een duidelijke stijging naarmate de projectperiode vorderde.

De consulten duurden gemiddeld 35 minuten; in dit opzicht waren er geen verschillen tussen de voorlichtsters.

In de 938 consulten werden 1135 voorlichtingsonderwerpen besproken. Uit *tabel 2* blijkt dat de voorlichtsters veelvuldig met psychische, psychosociale en sociale problematiek werden geconfronteerd. De categorie 'hulp bij taal' is niet verder gespecificeerd door de (met name Marokkaanse) voorlichtster.

Tabel 3 toont de diverse acties van de voorlichtsters. Voor alle acties geldt dat de Marokkaanse voorlichtster het laagste aantal acties rapporteerde. Mondelinge en schriftelijke informatie werd veelvuldig verstrekt. Mondelinge informatie werd verstrekt over de ziekte (40%), het onderzoek (30%), medicatie (29%), zelfzorgmogelijkheden (29%), verwijzingen (19%), leefregels (17%) en dieet (10%). Ook informatie gegeven over de positie van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem (8% van de consulten), de regels van het gezondheidscentrum (5%) en over het gebruik van de dienst (0,4%).

Bij 37 procent van de contacten werd geen specifieke vervolgspraak gemaakt. In respectievelijk 21 en 13 procent van de contacten werd een vervolgspraak gemaakt bij de huisarts en de voorlichtster zelf. De voorlichtster voerde in 11 procent van de gevallen overleg met de huisarts en in 5 procent van de gevallen werd een afspraak voor een driegesprek gemaakt. In 10 procent van de gevallen adviseerde de voorlichtster de patiënt een andere instantie te raadplegen (vaak het maatschappelijk of welzijnswerk).

Bij slechts 2 procent van de consulten gaf de voorlichtster aan dat de patiënt geen toestemming verleende om de inhoud van het consult met de huisarts te overleggen.

Ervaringen huisartsen

Volgens alle negen huisartsen had het project een duidelijke aanloopfase van een aantal maanden, waarin wederzijdse afstemming centraal stond. Daarna moest de functie constant onder de aandacht van de huisartsen worden gehouden. Vier huisartsen vonden het belangrijk dat de voorlichtster tegelijk met de huisarts aanwezig was in de praktijk.

De huisartsen noemden als sterke punten van de functie: vraagverheldering (3×), culturele nabijheid van de voorlichtster bij de doelgroep (3×), de hoeveelheid tijd die de voorlichtsters hebben om problemen goed te kunnen exploreren (2×), het lagere kennisniveau van de voorlichtster ten opzichte van de huisarts (1×) en het servicepuntachtige karakter van de functie (1×). Als zwakke punten werden genoemd: geen goed inzicht hebben op de inhoud van de voorlichting als die in een andere taal geschiedt, en daaraan gekoppeld de beperkte medische bagage van de voorlichtsters (3×) en grenzen stellen door de voorlichtsters aan de patiënt (3×). Vier huisartsen noemden geen zwakke punten.

Alle negen huisartsen vonden dat de functie positief bijdroeg aan de kwaliteit van de hulpverlening. Vier huisartsen vonden dat de functie enige verlichting gaf bij de problemen met de doelgroep en vier huisartsen vonden dat enigszins. Eén huisarts ervoer geen verlichting. Zeven van de negen huisartsen vonden dat de interventie niet leidde tot verlaging van de werkdruk; de andere twee vonden die verlaging marginaal. Twee huisartsen gaven aan dat consulten in aanwezigheid van de voorlichtster langer duurden.

Acht van de negen huisartsen vonden dat de functie zeker moest blijven bestaan; de negende vond dat de functie geen meerwaarde had.

Ervaringen voorlichtsters

De voorlichtsters ervoeren weinig knelpunten in de uitoefening van hun functie. Zij waren in slechts elf gevallen niet tevreden met het verloop van het consult.

De voorlichtsters vonden het werk leuk. De beginfase werd door hen als moeilijk ervaren. Zij zochten in deze periode voor-

al veel steun bij elkaar. Na verloop van tijd verwierven alle voorlichtsters een eigen plek in de centra. Over het centrum waar het project mislukte, was dat volgens de voorlichtsters vooral te wijten aan de motivatie van de huisartsen.

Volgens de voorlichtsters werkt de communicatieverbetering vooral bij onduidelijke hulpvragen (psychosomatische klachten). De voorlichting gaat over veel verschillende onderwerpen. Het verwijzen via de huisarts loopt goed, hoewel de informatieverstrekking van de huisarts aan de voorlichtster niet altijd via het verwijsformulier verloopt. De terugkoppeling van de voorlichtster aan de huisarts verloopt meestal mondeling.

De voorlichtsters werden reeds vanaf het begin van het project geconfronteerd met relatief zware psychische en sociale problemen. Bij dit soort problemen bleek het moeilijk grenzen te stellen aan hun functie (voorlichtster, geen hulpverlener). Daarom werd in het overleg tussen coördinator en voorlichtsters duidelijk afgesproken dat zij niet verantwoordelijk waren voor het oplossen van het probleem van de patiënt, maar voor het bevorderen van de arts-patiëntcommunicatie.

De voorlichtsters vonden dat het project een nuttige bijdrage leverde en zeker zou moeten worden voortgezet.

Beschouwing

De resultaten van deze procesevaluatie zijn bemoedigend, maar daarnaast moeten enige kanttekeningen worden gemaakt.

Ten eerste zijn onze gegevens voornamelijk gebaseerd op de gebrekkige registratie van de voorlichtsters. Het is duidelijk dat zij de diverse items niet op dezelfde wijze hebben geïnterpreteerd en diverse items zeer beperkt hebben ingevuld (bijvoorbeeld het opleidingsniveau). Tevens is geen controle uitgevoerd op de weergave van het onderwerp, zoals dat werd gepresenteerd door de patiënt en werd opgeschreven door de voorlichtsters. Aangezien het voorlichtstersformulier tevens een functie had in de nabespreking tussen huisarts en voorlichtster, is het

denkbaar dat de voorlichtster in sommige gevallen informatie bewust niet heeft opgeschreven.

Ten tweede gaat het om een nog experimenteel project over een periode van zes maanden in een beperkt aantal praktijken met een zeer intensieve begeleiding vanuit de GGD en de deelnemende huisartspraktijken. In de toekomst zal moeten blijken of een dergelijke functie goed kan blijven functioneren in een mindere experimentele setting.

Ten derde ontbreekt het patiëntenperspectief. Door gebrek aan middelen (tijd en geld) is er geen interview bij de patiënten afgenomen.

Een ander punt van overweging is de praktijkvorm. Deze interventie heeft voor een belangrijk deel plaatsgevonden in gezondheidscentra. De inzet van een voorlichtster in solopraktijken, met een kleiner aantal potentiële patiënten, vereist logistieke aanpassingen. Momenteel wordt onderzocht welke mogelijkheden op dit gebied in Rotterdam bestaan.

Aandachtspunten

Op basis van onze ervaringen willen wij een aantal factoren noemen waarmee rekening moet worden gehouden bij het opzetten van een dergelijk project:

- voldoende aanbod van migrantenproblematiek in de huisartspraktijk;
- fysieke aanwezigheid en een actieve opstelling van de voorlichtster in de huisartspraktijk, waardoor een continue aandacht bij de huisarts en de patiënt wordt gecreëerd;
- voldoende tijd en ruimte bij aanvang van het project voor wederzijdse aanpassing;
- gelijktijdige aanwezigheid van de voorlichtster en huisartsen die veel kunnen verwijzen;
- motivatie van de huisartsen voor het werken met een migrantenvoorlichtster;
- persoonlijke kwaliteiten van de voorlichtster, met name communicatievaardigheden, het duidelijk grenzen kunnen stellen, en het vermogen een vertaalslag te maken tussen twee culturen;
- een maximum aan het aantal huisartsen

met wie de voorlichtster een vertrouwensband moet opbouwen;

- voldoende steun en terugkoppeling en begeleiding van de voorlichtsters door zowel de huisartsen als de GGD;
- grenzen stellen aan de inzet die van voorlichtsters wordt gevraagd bij 'zware' psychische en psychosociale problematiek.⁹

De positieve houding van de huisartsen ten aanzien van de toekomst van het project is zeer bemoedigend, mede gezien de grote werklust waaronder huisartsen in deze wijken al moeten werken.¹⁰ Met dit project wordt een doelgroep bereikt die vanuit een oogpunt van gezondheidszorg tot de meest kwetsbare behoort: laag opgeleide migranten met een gebrekkige Nederlandse taalbeheersing, woonachtig in achterstandswijken. Nader onderzoek naar de effectiviteit en de kosten van deze functie is daarom noodzakelijk.

Literatuur

- 1 Bruijnzeels MA, De Hoop T, Swart W, Voorham AJJ. Etnische herkomst van patiënten en de werkdruk van de huisarts. *Huisarts Wet* 1999; 42(6):254-8.
- 2 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. *Ann Intern Med* 1978;88:251-8.
- 3 Grol R, Mookink H, Smits A, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985;2:128-35.
- 4 Van de Lagemaat G. Migrantenwerkers slaan de brug tussen allochtonen en hulpverleners. *LVG Nieuws* 1995:9.
- 5 Opschoor A, Danz MJ. Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum. *Epidemiologisch Bulletin* 1997;32(1):4-7.
- 6 Landelijk Steunpunt VETC. Voorlichtsters eigen taal en cultuur (VETC) werkzaam bij gezondheidsinstellingen in de eerste lijn. *Woorden: Landelijk Steunpunt Voorlichting in eigen Taal en Cultuur, NIGZ*, 1996.
- 7 Voorham AJJ, Singels L, Drewes M. Gezondheidsvoorlichting in de eigen taal door en voor vrouwen. *Tijdschrift voor Gezondheidsbevordering* 1994;15:98-105.
- 8 Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. New York: Oxford University Press, 1987.
- 9 Van Doggenaar A. Geen hulpverleners, maar ook geen tolken. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting* 1996;13(3):11-2.
- 10 Luijten MCG, Tjadens FLJ. *Huisartsen in achterstandswijken*. Leiden: Research voor beleid, 1995. ■

Abstract on page 321.

Depressiviteit na een cerebrovasculair accident: het oordeel van de huisarts

Vervolg literatuur van pag. 302

- 16 Hulstijn EM, Deelman BG, De Graaf A, Berger H. De Zung-12: een vragenlijst voor depressiviteit bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1992; 23:85-93.
- 17 Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
- 18 De Haan R, Limburg M, Schuling J, et al. Klinimetriche evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:917-21.
- 19 Schuling J, De Haan R, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index: assessment of functional status in stroke patients. *Stroke* 1993;24:1173-7.
- 20 Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- 21 Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:15-8.
- 22 Van der Meer K, Smith RJA, Groenier KH. De General Health Questionnaire (GHQ) in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:570-5.
- 23 Pond CD, Mant A, Bridges-Webb C, et al. Recognition of depression in the elderly: a comparison of the general practitioners opinions and the geriatric depression scale. *Fam Pract* 1990;7: 190-4.
- 24 MacDonald AJD. Do general practitioners 'miss' depression in elderly patients? *BMJ* 1986;292: 1365-7.
- 25 Van Marwijk H, Arnold I, Bonnema J, Kaptein A. Self report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study. *Fam Pract* 1993;10:63-5. ■

Abstract

Bruijnzeels MA, Voorham AJJ, De Hoop T. Peer health education for ethnic minorities in general practice in Rotterdam. Results of a proces evaluation. *Huisarts Wet* 1999; 42(7):307-10.

Objective Describing the process of the first 16 months of an intervention in which three peer health educators for ethnic minorities were assigned to general practices in Rotterdam. The aim of the intervention was to optimise the communication between GP and ethnic minority patient and to increase the knowledge of the patient.

Methods Descriptive study in general practices in Rotterdam with a high proportion of ethnic minority patients listed. Registration of all consultations of three female health educators (one Turkish, one Moroccan and one Chi-

nese) with patients on a specially designed form and semi-structured interviews with health educators and participating GPs.

Results Three health educators had 938 consultations with patients. Problems encountered were mostly psychological, chronic and social. These patients spoke hardly any Dutch and had a very low educational level (maximally primary school). GPs and health educators recognised a clear starting phase that was characterised by mutual adaptation. GPs and health educators concluded that the assignment was very useful and that it increased the quality of GP care for this hard-to-reach population.

Correspondence A.J.J. Voorham, Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o., PO Box 70032, 3000 LP Rotterdam, Netherlands; e-mail: voorham@ggd.rotterdam.nl.

H&W

Literatuurinformatie

Publicaties in *Huisarts en Wetenschap* zijn op vier wijzen achterhaalbaar:

- Via de *jaarregisters*. Abonnees ontvangen jaarlijks in januari of februari het register over de afgelopen jaargang.
- Via de *cumulatieve registers* 1957-1971, 1972-1991 en 1992-1996. Deze registers bevatten overzichten naar auteur, thema en trefwoord. Te bestellen bij het bureau van het NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.
- Via het *elektronisch register* 1957-1998. Zoeken van artikelen is mogelijk op titel, auteur en trefwoorden. Voor dit register is een personal computer vereist, in combinatie met het *indexprogramma* van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De instapprijs voor abonnees bedraagt NLG 97,50. Voor andere particulieren is dat NLG 125,-, voor instellingen NLG 150,-. De jaarlijkse updates kosten respectievelijk NLG 45,-, NLG 65,- en NLG 90,-. Te bestellen bij Intermedia bv, klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, Antwoordnummer 10154, 2400 VB Alphen a/d Rijn.
- Via de *documentatieservice* van H&W. De prijs van een zoekopdracht bedraagt NLG 5,- per trefwoord of A4, met een minimum van NLG 15,- (exclusief verzendkosten). Aan te vragen bij het redactiesecretariaat, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030 2881700, fax 030 2870668.

Afvallen op recept?

Sjöström L, Rissannen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998;352:167-73.

Orlistat is een nieuw middel dat gewichtsverlies bevordert door remming van de gastro-intestinale lipases. Bij een dosering van 120 mg drie maal per dag wordt hierdoor circa 30 procent minder vet geabsorbeerd. Hoe effectief is dit middel en hoe goed wordt het verdragen?

Aan deze dubbelblinde studie werd deelgenomen door 688 personen met een Quetelet-index van 28-47. De deelnemers kregen óf orlistat óf een placebo, in combinatie met een hypocalorisch dieet. Na een jaar was het gewichtsverlies in de actief behandelde groep 10,3 kg versus 6,1 kg in de placebogroep.

Vervolgens werden beide groepen gesplitst in een interventie- en een controlegroep, in alle gevallen in combinatie met een eucalorisch dieet. Alleen de groep die in het eerste jaar placebo en in het tweede jaar orlistat had gekregen, vertoonde ook in het tweede jaar een gewichtsverlies (1 kg); in alle andere groepen was er een gewichtstoename. In de groep die twee jaar actief was behandeld, was deze toename – 2,5 kilo – significant minder dan in de andere groepen. Van de patiënten die twee jaar actief waren behandeld, had 57 procent na afloop een gewichtsverlies >5 procent; in de controlegroep was dat 37 procent.

De bijwerkingen, met name gastro-intestinaal, namen af naarmate de orlistat langer werd gebruikt. Van de ernstige bijwerkingen was er in beide groepen één die kon worden toegeschreven aan de behandeling. In de placebogroep was meer uitval dan in de actief behandelde groep.

De auteurs concluderen dat orlistat in combinatie met dieetmaatregelen effectief is om een gewichtsverlies te induceren en vast te houden. Wel dient rekening te worden gehouden met een verminderde absorptie van de vetoplosbare vitaminen.

Joost den Otter

Niet van lange duur: salmeterol

Nelson JA, Strauss L, Skowronski M, et al. Effect of long-term salmeterol treatment on exercise-induced asthma. *N Engl J Med* 1998;339:141-6.

Behoudt salmeterol zijn werking bij patiënten met inspanningsastma ook na vier weken continue toediening? In het kader van een dubbelblinde cross-over-trial kregen 20 patiënten één maand salmeterol 2 x 2 puffs en – na een wash-outperiode van een week – één maand