



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 42, 2007, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag
Gegevens over 2006-2007 uitde panelstudie

volksgezondheid

De wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstand in Den Haag

The Making Of Natuurlijk: gezond!

De Haagse nota volksgezondheid 2007-2011

Natuurlijk: gezond!, op weg naar een gezond Den Haag

Interview met wethouder Bert van Alphen over nieuwe nota volksgezondheid 2007-2011

Kruiden en kwalen

Streven naar verantwoord gebruik

Korte berichten

Colofon

december 2007, 42ste jaargang nr. 4

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker
volksgezondheid dienst OCW (kernredacteur)
mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
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 Den Haag

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	
Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag Gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie <i>J.P. Grund, P. Reinerie, M. Smits, G. Albert</i>	2
Volksgezondheid	
• De wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstand in Den Haag <i>C.M.Ĵ. Kraetzer, M. Schmidt, E.A.M. Joosen</i>	11
• The Making Of Natuurlijk: gezond! De Haagse nota volksgezondheid 2007-2011 <i>A.S.T. Boersma</i>	18
• Natuurlijk: gezond!, op weg naar een gezond Den Haag Interview met wethouder Bert van Alphen over de nieuwe nota volksgezondheid <i>A.S.T. Boerma, W.K. Kok</i>	21
• Kruiden en kwalen Streven naar verantwoord gebruik <i>C.M.Ĵ. Kraetzer</i>	25
Korte berichten	29

Redactioneel

Natuurlijk gezond! Dialoog, samenwerking en effectiviteit

In dit nummer besteden we ruim aandacht aan de totstandkoming van de nieuwe nota volksgezondheid *Natuurlijk: gezond!*.

Het artikel over de wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden blikt terug op de afgelopen drie jaar, waarin het programma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' werd uitgevoerd en geëvalueerd. Daarnaast kijken de auteurs - respectievelijk programmaleider, projectcoördinator en onderzoeker van GAMW - vooruit naar het vervolg van de Haagse aanpak om tot gezonde wijken te komen, zoals verwoord in de nota *Natuurlijk: gezond!*.

The Making Of laat zien hoe Den Haag dit aanpakt, namelijk met een beleidscyclus volksgezondheid. Landelijk wordt deze Haagse beleidscyclus als best practice gezien. Vervolgens gaat wethouder volksgezondheid Bert van Alphen in op zijn ambities voor de komende vier jaar en op enkele highlights uit de nieuwe nota. Opnieuw draait het beleid de komende periode om het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De wethouder zet de Hagenaar centraal, stimuleert samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen en hecht groot belang aan evaluatie en monitoring van beleid en maatregelen.

Het artikel over uitgaan en genotmiddelengebruik biedt een geactualiseerde blik op de verschillende uitgaansscènes die in Den Haag bestaan. Op basis van de uitkomsten van de recente panelstudie mogen we wellicht concluderen dat het uitgaans- en drugsbeleid zich mede moet gaan bekommeren om de effecten van de zogenaamde 'pré-party': het indrinken, inblowen en insnuiven.

Interessant is hierbij de vraag of het de Haagse wethouder volksgezondheid vanuit zijn streven 'de Hagenaar centraal' zal lukken om in dialoog met de uitgaansscene instrumenten te ontwikkelen die leiden tot meer zelfregulering.

Tenslotte een artikel over een project dat meer inzicht wil verkrijgen in het gebruik van kruiden en huismiddeltjes bij kwalen. Ook op dit onderwerp zijn dialoog en samenwerking tussen Haagse inwoners en hulpverleners nodig om risico's te reduceren en een verantwoord gebruik van kruiden en huismiddelen bij gezondheidsproblemen te bevorderen.

Ook dat is wat de wethouder beoogt: effectieve inspanningen.

Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag

Gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie

J.P. Grund, P. Reinerie, M. Smits, G. Albert

Om ontwikkelingen in de alcohol- en drugsconsumptie onder het Haagse uitgaanspubliek op het spoor te komen, maken Haagse onderzoekers vanaf 2003 gebruik van panelstudies. Dat wil zeggen dat zij een beperkt aantal 'kenners' van de verschillende scenes, die daar beroepsmatig of als uitgaander deel van uitmaken, ondervragen over wat er volgens hen gaande is op het gebied van alcohol en drugs. Mede op grond van dergelijke insidersinformatie, waarbij het vooral gaat om verkenning, impressies en agendasetting voor het veel grootschaliger survey-onderzoek, worden handvatten gezocht voor interventie en preventie. De panelstudie is niet bedoeld voor generalisatie over bijvoorbeeld prevalenties of mate van gebruik, daarvoor is het survey-onderzoek meer geschikt. Dit is uitgevoerd in het eerste grote Haagse uitgaansonderzoek ¹ 'Uit (je dak) in Den Haag', dat plaatsvond over de periode 2002-2003. Het bulletin heeft daar uitgebreid aandacht aan besteed (1) (2) (3) (4). Eind 2006, begin 2007 is opnieuw een panelstudie verricht. Onderstaand artikel gaat over de uitkomsten van deze recente panelstudie, het survey-onderzoek volgt in 2008.

Inleiding

Mede gelet op uitkomsten van onderzoek in het Haagse uitgaansleven, is het gebruik van alcohol, soft- en harddrugs onder uitgaande jongeren in Den Haag door de gemeente als zorgwekkend bestempeld (5). Het in de tijd systematisch volgen van (invloeden op) de aard en de omvang van alcohol- en druggebruik onder Haagse uitgaanders is onontbeerlijk voor het signaleren van trends, het onderbouwen van beleidsinspanningen of het onderkennen van de gevolgen daarvan. In 2006 is voor de duur van vier jaar een vervolg gegeven aan het uitgaansonderzoek. Wederom was sprake van een methodenmix. Vast onderdeel van het uitgaansonderzoek is de panelstudie, van belang bij het 'spotten' en volgen van trends in uitgaan en genotmiddelengebruik, en van

groot belang voor het aansturen van de andere onderzoeksmethoden, zoals de survey die begin 2008 (zie verderop in het artikel) van start zal gaan.

Methode

Sinds de eerste studie in 2002 zijn, inclusief de huidige meting, vijf panelstudies uitgevoerd (twee keer in 2002; één keer in 2003 en één keer in 2004). Het panel in 2006/2007 bestaat grotendeels uit nieuwe leden (16 van de 20 zijn nieuwe leden ²). De panelleden zijn weer individueel aan de hand van vaste topics, geïnterviewd over aspecten en ontwikkelingen in dat deel van het Haagse uitgaansleven waar zij in het afgelopen jaar goed zicht op hadden. Vernieuwd zijn vragen over ervaren sociale

¹ Het Haags uitgaansonderzoek is onderdeel van het onderzoeksprogramma van de onderzoekscommissie Monitoring en Registratie. Deze commissie geeft de Regiegroep Verslavingsproblematiek in Den Haag op basis van onderzoek beleidsrelevante informatie en adviezen. In de Regiegroep Verslavingsproblematiek waarin politie, justitie, de verslavingszorg en de gemeente zijn vertegenwoordigd, wordt vorm gegeven aan het Haagse verslavingsbeleid, in het bijzonder ten aanzien van de domeinen preventie, zorg, openbare orde en maatschappelijk herstel. In de onderzoekscommissie zijn dezelfde belanghebbende partijen vertegenwoordigd.

² O.a. door het langere tijdsinterval konden contacten niet worden vastgehouden of bleken panelleden geen goed zicht meer te hebben op het uitgaansleven. De panelsamenstelling is vooral gebaseerd op kennis en contacten van preventiemedewerkers die werkzaam zijn in het uitgaansleven.

Over de auteurs:

Dr. Jean-Paul Grund is epidemiologisch onderzoeker op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Pascale Reinerie, Mark Smits en Gizella Albert zijn preventiefunctarissen op de afdeling Preventie, Parnassia Bavo groep.

risico's/kansen van het middelengebruik en regulerende en escalerende factoren (6). De gegevens uit de panelstudie zijn ook nu weer grotendeels kwalitatief van aard. De spotlights die de panelleden richten op hun scene, zijn niet bedoeld voor generalisatie over bijvoorbeeld prevalenties of mate van gebruik - daarvoor kunnen de uitkomsten uit de survey dienen - maar hebben hun meerwaarde door het 'verhaald' gebruik.

In vergelijking met voorgaande metingen is in deze gegevensverzameling het perspectief van de professional/aanbieder (die beroepsmatig met het uitgaansleven van doen heeft) scherper onderscheiden van dat van de uitgaander/consument. De professionals en de uitgaande panelleden kregen vragen over dezelfde thema's (uitgaan en middelengebruik). Bij de professionals is daarbij gevraagd naar (groepen) bezoekers van de uitgaanslocaties waar zij zicht op hebben. Bij de uitgaanders hadden de vragen betrekking op hun *intieme uitgaansnetwerk*³ en de *brede uitgaansscene*⁴ waarin hun intieme uitgaansnetwerk tijdens het uitgaan opgaat. Panelleden die beroepsmatig met het nachtleven te maken hebben zien uitgaanders overwegend daar waar zij hun beroep uitoefenen. Overzicht houden behoort tot hun werk en contacten met uitgaanders zijn doorgaans oppervlakkig. Zij kijken - zo nemen wij aan - overwegend vanuit een *locatieperspectief* naar het uitgaansleven. De meeste stappers zijn daarentegen tijdens het uitgaan vooral gericht op zichzelf en hun intieme uitgaansnetwerk.

Tussen 11 december 2006 en 27 maart 2007 zijn vier aanbieders en zestien uitgaanders door preventie-medewerkers geïnterviewd. De panelinterviews duurden tussen de twee en vijf uur. Alle panelgesprekken zijn opgenomen op digitale informatie-dragers en kort na het interview door de interviewers uitgewerkt. Getalsmatige gegevens zijn ingevoerd in MS Excel en de kwalitatieve gegevens in MS Word. De tekstbestanden zijn vervolgens in de kwalitatieve data-analyse software NVivo, versie 7 ingelezen,

gecodeerd en geanalyseerd.

Alle aanbieders zijn Hagenaars van Nederlandse herkomst, evenals twaalf van de zestien uitgaanders. Het panel omvat veertien mannen en zes vrouwen, twee panelleden zijn tussen de zestien en achttien jaar, de rest is meerderjarig (vier zijn ouder dan 34 jaar). De jongste twee panelleden zitten op school, zes panelleden studeren, tien werken, één is werkloos en één afgekeurd. Ook in deze panelronde is het moeilijk gebleken om Hindostaanse, Turkse of Marokkaanse panelleden te werven, zodat het zicht op deze populatie uitgaanders helaas beperkt is gebleven. Zes panelleden hebben relatief veel Europeanen in hun intieme netwerk, vooral Britten, Portugezen en Polen. De zestien uitgaande panelleden gaan regelmatig uit in Den Haag: acht van hen deden dit in het laatste halfjaar gemiddeld één à twee keer per week en zeven gemiddeld één à drie keer per maand. Eén ging ongeveer vijf à zeven keer per week uit. De meeste uitgaande panelleden gaan ook regelmatig uit buiten Den Haag en dan zijn Amsterdam en Rotterdam de grote trekkers. Stappen gebeurt vooral in het weekend, met de zaterdag als grote favoriet. Doordeweeks uitgaan is vooral populair bij de studenten. De muziekvoorkeur lijkt in grote mate bepalend voor de scene waar men uitgaat (1). (Grand) cafés, bars, clubs en discotheken behoren tot de populairste uitgaanslocaties. Veel uitgaande panelleden gaan ook naar strandtenten en dance-party's op speciale locaties, maar beduidend minder vaak. Een enkel panellid gaat naar Tekno-feesten, vaak op gekraakte locaties. De intieme netwerken van drie panelleden gaan meestal naar GOA-feesten. GOA-feesten worden overal over Europa georganiseerd, ook op verlaten industriecomplexen en, soms idyllische, buitenlocaties. Op deze 'Gatherings' kan men vaak de zon twee maal zien opgaan. Volgens Tribe komen daar *"beel alternatieve mensen... Af en toe is het net of je met een 'tribe' (stam) uit de Keltische tijd loopt. Maar er zitten ook studenten bij. Van die niet opgemaakte natuurmeisjes zeg maar. Er is een beel relaxte sfeer. Mensen respecteren elkaar gewoon"*.

³ Met jouw eigen intieme (uitgaans)netwerk bedoel ik de groep (persoonlijke) vrienden en vriendinnen waar jij regelmatig mee uitgaat in Den Haag, mee afspreekt, samen op weg gaat (samen uit en thuis), maar van wie jij ook redelijk op de hoogte bent van wat voor mensen zij zijn, wat zij doen (bijvoorbeeld: werk, studie, vrije tijd naast uitgaan, druggebruik), waar zij uithangen of wat hen zo bezighoudt (persoonlijke zaken als relaties of problemen). Kortom, degenen waar je mee uitgaat en beschouwt als de 'jouwen', je 'crew', of je 'maten' -de mensen waar jij tijdens het uitgaan (maar wellicht ook daarbuiten) intensief contact mee hebt en/of regelmatig checkt waar zij zijn (in de club/op de party/het concert), wat zij doen, of hoe het met hen gaat.

⁴ Daarnaast ontmoet je natuurlijk nog veel meer mensen als je uitgaat; sommigen ken je van gezicht; met anderen heb je bijvoorbeeld wel eens een praatje gemaakt; anderen zie je (regelmatig) in clubs, op party's of concerten; mensen die zo'n beetje in de zelfde uitgaansscenen rondlopen als jijzelf. Zeg maar, de scene(s) waar jij en je vrienden en vriendinnen (je intieme netwerk) meestal in uitgaan (bijvoorbeeld: de hardcore of hip hop scene). Dat bedoel ik als ik het over je brede uitgaansscene heb.

Roos, Floor, Gijs en Els gaan veel uit in verschillende kroegen en later op de avond gaan ze dansen in clubs of op kraakfeesten. Zij identificeren zich minder met een specifieke (muziek) scene en ‘hoppen’ gemakkelijk van de ene in de andere scene tijdens een uitgaansnacht. Roos beschrijft een avondje ‘scene hoppen’:
“Meestal beginnen we bij één van de tenten op de Grote Markt en dan gaan we rondlopen in de stad en zien we wel waar we uitkomen... De mensen die we tegenkomen zijn zo verschillend. ...We gaan naar hiphop, dance, disco, hardstyle, rock, naar alles. Dat vinden we leuk. We passen ons niet aan hoor qua kleding. Wij gaan overal naartoe en hebben niet echt een vaste stek. Het gaat om de sfeer te proeven, we vinden mensen leuk, van lonsdalers tot hiphoppers en alto's. We gaan soms ook wel eens langs alle onbekendere kroegen. Gewoon om te kijken wat er allemaal te koop is en wat er te doen is, welke mensen er komen en om te zuipen”.

Allen bezoeken wel eens een (pop)festival of (pop)podium, maar slechts een enkeling ziet dit als het belangrijkste uitgaansvertier. Het is nog steeds heel populair om tot in de vroege (en soms late)

morgen door te feesten, vooral onder degenen die in de dance scenes uitgaan. In tabel 1 staan de pseudoniemen van de zestien uitgaande panelleden en de (door hen zelfgekozen) naam van de uitgaansscene met de muziekvoorkeuren in hun intieme en brede netwerk.

Resultaten

De panelleden zijn uitgebreid geïnterviewd over de belangrijkste genotmiddelen in hun intieme netwerken. In dit artikel wordt ingegaan op het gebruik van alcohol, cannabis, XTC en cocaïne, de vier genotmiddelen, waarvan de panelleden aangaven dat deze (nog steeds) de belangrijkste rol spelen in het Haagse uitgaansleven. Bij de overige middelen gaat het over het algemeen om (zeer) kleine aantallen gebruikende uitgaanders.

Alcohol

Alcohol lijkt met 96% drinkers in de zestien intieme uitgaansnetwerken (215 uitgaanders) en meer dan

Tabel 1

Pseudoniem panelleden, uitgaansscene en muziekvoorkeuren in intieme uitgaansnetwerken en brede uitgaansscene van 16 uitgaande panelleden.

Panellid (pseudoniem)	Zelfgekozen naam brede uitgaansscene	Muziekvoorkeur intieme uitgaansnetwerk	Muziekvoorkeur brede uitgaansscene
Bernard	Free Tekno scene	Tekno	Tekno
Els	Den Haag Alternatief	Rock & Roll	Alternative Dance
Floor	[Feestende Stoners; Kroegen scene]	Rock	Hip Hop
Gijs	Festivalgangers [Muziekkroegen scene]	Hard Rock	Electro
Jack	GOA scene	GOA Trance	GOA Trance
Jochem	Engelse Rugbyers	Club, Hard House	Club House
Mark	Hardcore scene	Industrial Hardcore	Mainstream Hardcore
Noah	Electronic Dance Music (EDM)	Progressive; Techno	Progressive; Techno
Pablo	Trance scene	Trance	Trance; Progressive
Robert	[Urban scene]	Techno, Trance, Electro	Reggeaton, Hip hop, Zuid-Amerikaans
Roos	All Rounders-Muzikantenscene	Funk, Punk, Up-Tempo	Dancehall, Bubbling, Jumpstyle, Dance
Sebastian	De Diversen	Minimal	Club House
Shanti	GOA scene	GOA Trance	GOA Trance
Snowflake	Urban scene	Hip Hop, R&B, Dance, Dance Hall, Reggeaton	Hip Hop, R&B, Dance Dance Hall, Reggeaton
Tom	Hoogopgeleiden	Laid Back Pop/Rock	Laid Back Pop/Rock
Tribe	Underground scene	GOA Tribe	GOA Trance

[...] = geen benaming gegeven; bepaald op basis van analyse.

driekwart drinkers in de brede uitgaansscenes alomtegenwoordig, of, zoals scene hopper Roos het uitdrukt, *“Alcohol is heel erg populair, iedereen drinkt, 100%. Waar we ook heen gaan, of we nou bij iemand thuis gaan zitten of uitgaan er is altijd wel iets in huis. Bier en sterke drank”*. De meeste panelleden kunnen zich uitgaan zonder alcohol niet voorstellen, zoals Floor zegt, *“een feest zonder alcohol is snel afgelopen”*. Er wordt stevig gedronken tijdens het uitgaan. De meeste panelleden melden dat in het afgelopen jaar tijdens het uitgaan in hun intieme netwerk tien tot twintig alcoholische consumpties per persoon niet ongewoon zijn. *“We staan altijd met een glas bier in onze hand. Je doet een kwartier met een biertje”* (Sebastian, Clubhouse). Een dergelijke frequentie gaat niet ongemerkt en dat is, zo legt Jack (GOA) uit, ook de bedoeling: *“Je drinkt tot je goed aangeschoten bent. Tot je er wat van gaat voelen”*. Maar niet in alle netwerken wordt zo veel gedronken. Snow Flake (Urban) gaat uit met een groep meiden van Surinaamse afkomst in de leeftijd van 19-21 jaar: *“Op een gemiddelde avond drinken we zo'n vijf-zes glazen wijn en we beginnen meestal met wat shooters, een stuk of twee maar soms iets meer...”*.

Ondanks de introductie van breezers en andere pogingen tot marktverbreiding blijft bier het populairst, met name onder de mannen. Vrouwen drinken, volgens de panelleden, vaker wijn, vooral als het warmer wordt. Bier en wijn zijn voornamelijk populair vanwege de lagere prijs. Volgens aanbieder Jeremy, die zicht op heeft op de kakkers scene, zijn *‘shotjes’* rituelen populair. Naast alle biertjes en baco's loopt dit soms op tot wel acht shots. In het bijzonder bij de mannen lijken dergelijke rituele drankgelagen deel te zijn van een sfeer van verbroedering en (even) afstand nemen van de (formele) verhoudingen die het dagelijkse leven bepalen: *“Alcohol past in de sfeer van gezelligheid en relaxed zijn. Daar passen de shotjes goed in, er wordt heel veel gezopen. ... Het zijn vooral de jongens die meer de shotjescultuur hebben”*.

Vrijwel alle panelleden prijzen alcohol vanwege de *‘gezelligheid’* die het genereert en omdat het *‘je losser maakt’*. Zoals Els uitlegt, de roes van alcohol spreekt vrijwel iedereen aan: *“Van alcohol wordt je dronken! En dat vindt vrijwel iedereen een fijn gevoel. Omdat je makkelijker los gaat, lekkerder kan dansen. Je merkt minder van je vermoeidheid, van de kou als je naar buiten gaat. Je wordt er een stuk losser van, dus je wordt er een stuk gezelliger van, vaak. En het hoort er gewoon bij. Het is bijna niet meer weg te denken. Ja, dat klinkt misschien stom, maar je drinkt toch altijd gezellig een biertje. Je gaat*

niet gezellig een colaatje drinken. Het zou natuurlijk wel moeten kunnen, maar het biertje is gewoon een automatisme”.

Alcoholgebruik is verweven in de Nederlandse cultuur, of, zoals Pablo het stelt: *“Alcohol is er van kinds af aan eigenlijk”*. En omdat alcoholgebruik toch vooral verbonden is met recreatieve momenten, is uitgaan het moment bij uitstek. Snowflake kan het niet duidelijker zeggen: *“Je gaat niet uit zonder wat te drinken, het hoort er altijd wel bij. Het is niet de reden om uit te gaan, maar het hoort er gewoon bij”*. De vier professionals denken er niet anders over, zoals Pepijn, feestorganisator en general manager van een club in de binnenstad: *“Alcohol is een goedkope en geaccepteerde vorm van drugs. Ik denk dat mensen sneller geneigd zijn om ff een borreltje te nemen om wat losser te komen. De gemoedstoestand van alcohol is denk ik voor iedereen heel herkenbaar”*.

Het merendeel van de panelleden wekt de indruk dat er buiten het uitgaan meestal niet veel gedronken wordt, maar het begrip ‘uitgaan’ lijkt aan inflatie onderhevig. In de afgelopen panelmetingen is al uitgebreid ingegaan op het fenomeen ‘indrinken’ (3). Maar leek het indrinken in 2004 nog niet zo wijd verbreid, in de huidige meting lijkt het toch een meer structureel onderdeel van het uitgaan te zijn geworden. Scene hopper Roos is 17 jaar en vertelt dat haar intieme uitgaansnetwerk vaak in het café afspreekt, maar ook bij haar thuis en dan is alcohol de gangmaker: *“Als we thuis afspreken dan tikken we nog wel eerst een paar glazen whisky achterover of drinken een paar biertjes, maar meestal whisky want dat is sneller. Dan gaan we naar de stad. Je bent dan al wat losser en gaat al jodelend naar de stad”*.

Cannabis

Bijna 60% van de door de zestien uitgaande panelleden beschreven intieme netwerken (totaal circa 215 uitgaanders) rookt cannabis. In enkele intieme netwerken lijkt het gebruik toe te nemen, in andere is het constant of daalt het gebruik. In het intieme uitgaansnetwerk van scene hopper Els blowt zo'n 90%. 50% Van het intieme netwerk van Snowflake (Urban) rookt cannabis en in Bernard's intieme netwerk (Tekno) blowt 65%, vooral weed, maar, zo zegt hij, dat is geen constante: *“Hoeveel procent blowt is het afgelopen jaar behoorlijk veranderd. ... Ik ben zelf nu ook weer gestopt. We stoppen niet met het idee dat we nooit meer mogen blowen, maar gewoon voor een bepaalde tijd”*. Verschillende panelleden rapporteren dan ook gevarieerde gebruikspatronen binnen hun intieme

uitgaansnetwerken, inclusief 'dagelijkse blowers' en 'uitgaansblowers'. Ook Els heeft beide groepen in haar uitgaansnetwerk: "Het varieert echt van mensen die 's ochtends opstaan met een blowtje en er mee naar bed gaan [tot] mensen die alleen in het weekend gezellig blowen".

Ook de hoeveelheden die er op een uitgaansavond genuttigd worden variëren sterk, tussen de netwerken en ook daarbinnen. Hoeveel er geblowd wordt hangt vaak af van met wie men uitgaat. "Met de één rook je met z'n allen zo'n vijf blowtjes en met de ander rook je misschien twee blowtjes." (Pablo, Trance). Het meest wordt er geblowd in de intieme netwerken die deel uitmaken van bredere scenes waar ook veel wordt gerookt, zoals in de GOA scene: "Wat er voor handen is wordt opgerookt, zeg maar. ... Per man wordt er toch zeker wel twee - drie gram gerookt. Maar de feesten duren dan ook lang" (Shanti, GOA).

De belangrijkste redenen die de panelleden aandragen voor cannabisgebruik wijken in deze meting weinig af van die in de voorgaande panelstudies (3). Net als bij alcohol lijkt cannabisgebruik tijdens het uitgaan er op gericht sociale communicatie te versoepelen en de stress van het dagelijkse leven achter zich te laten. Hoewel er sprake lijkt te zijn van een deritualisering van cannabisgebruik in Nederland (ieder zijn eigen joint), geven bijna alle cannabisrokers in deze panelmeeting aan dat tijdens (en rondom) het uitgaan er toch voornamelijk samen wordt gerookt. Toch lijkt het merendeel van de (cannabisgebruikende) panelleden en hun uitgaansvrienden zich terdege bewust van de problemen die met cannabisgebruik kunnen samengaan. Els vindt blowen een 'onderschat probleem' maar andere panelleden denken dat veel blowen van tijdelijke aard is en wordt ingeperkt door alledaagse verantwoordelijkheden: "...er wordt minder geblowd als er gestudeerd moet worden. In de vakanties wordt meer geblowd" (Tom, Hoogopgeleiden).

Op en rond de dansvloer lijkt minder te worden geblowd, vooral in de meer mainstream clubs en disco's. In de meeste (grand) cafés en bars wordt überhaupt weinig cannabis gebruikt. Op Free Tekno, Hardcore of GOA-feesten en op de meeste festivals en strandfeesten kan meestal ongestoord worden geblowd, maar in veel van de reguliere commerciële clubs en discotheken wordt het roken van cannabis steeds minder getolereerd en daar wordt ook in toenemende mate op toegezien. Een mogelijk gevolg van de afgenomen tolerantie op uitgaanslocaties is wel dat er meer gerookt lijkt te worden vóór het uitgaan, als men bij iemand thuis samenkomt voor het op pad

gaan, zo vertelde Pablo: "Meestal blowen we als je thuis zit en thuis komt. Als je weg bent, blow je eigenlijk niet zo veel. Je kan natuurlijk niet overal blowen. Tijdens het uitgaan wordt het niet altijd geaccepteerd".

XTC

In dertien van de zestien intieme uitgaansnetwerken wordt XTC gebruikt. Ongeveer 40% van de circa 215 uitgaanders gebruikt dit genotmiddel. De stapvrienden van Snowflake (Urban), Tom (pop/rock) en Roos (scene hoppers) gebruiken geen XTC. De meeste XTC gebruikers bewegen zich in dance scenes die buiten de mainstream vallen.

Niet alleen gebruiken de liefhebbers van de hardere en meer alternatieve dansmuziekstijlen vaker XTC, zij gebruiken meestal ook meer pillen. Bernard en zijn stapvrienden gaan voornamelijk naar Free Tekno feesten. Gemiddeld worden er dan drie-vier pillen geslikt, maar, vertelt hij: "je hebt er van die uitschieters tussen zitten. Er zijn er die één-twee pilletjes nemen en er zijn er twee die nemen acht pilletjes". In eerdere panelmetingen kwam naar voren dat vooral op GOA- en Trance-feesten veel geslikt wordt (2). Shanti, Jack en Pablo gaan al jaren uit in deze scenes en vertelden dat ook in het afgelopen jaar door hun uitgaansvrienden nog stevig werd geslikt, oplopend van één tot twee naar vier tot zes XTC pillen tijdens een (lang) feest of uitgaansnacht. Daarbij zien zij behoorlijke onderlinge verschillen tussen hun stapvrienden. De meeste vrouwen lijken wat minder te slikken dan de mannen.

Dergelijke hoge doseringen zetten lichaam en geest echter in de overdrive en dat blijft niet altijd zonder gevolgen. Verscheidene panelleden spreken over de 'afterdip' en ervaringen met 'binge' gebruikers van XTC, zo ook Jack: "Zaterdag en zondag zijn ze heel gezellig, maar maandag en dinsdag zijn ze heel erg verrot en verkankerd en liggen ze in bed. Maar ja, dan is het woensdag, dan komen ze net uit die XTC dip en dan is het al bijna weekend en dan is het vrijdag zuipen, zuipen, zuipen en dan kunnen ze zaterdag weer lekker [XTC] gebruiken. Ze leven erg naar het weekend toe".

Dergelijke weekend binges kunnen een gewoonte worden en verstoren dan het 'natuurlijk evenwilibrium'.

Uit eerdere panelmetingen is bekend dat XTC allang niet meer exclusief een uitgaansdrug is en ook de huidige panelleden rapporteren (af en toe) XTC-gebruik in huiselijke kring of tijdens uitjes in de natuur. Maar in het uitgaansleven wordt XTC toch vooral genomen als men naar dansgelegenheden gaat.

XTC wordt nog altijd genomen om haar stimulerende, euforische en empathische eigenschappen. Net als in eerdere panelmetingen wordt XTC meestal op de uitgaanslocatie ingenomen. Daar zijn volgens de panelleden goede redenen voor: "... over het algemeen ... keken we wel altijd of het feest er geschikt voor was" (Bernard, Tekno). Bij geschiktheid gaat het bij de panelleden om criteria als atmosfeer, in de zin van gezelligheid en typen bezoekers, maar ook bijvoorbeeld om drukte of temperatuur. Van deze criteria wordt dan bekeken in hoeverre zij bijdragen of afdoen aan de 'XTC-ervaring'. Maar, zoals Shaft, hoofdredacteur van een uitgaanssite, uitlegt, 'timing is daarmee everything': "*Over het algemeen zie je dat de piek van een feestje meestal tussen de 01.00u - 03.00u ligt als er een goede DJ draait. De doorgewinterde stapper is zich daar erg van bewust en probeert dat moment dan ook goed te timen*".

Hoewel de panelleden XTC meestal gezamenlijk gebruiken, lijkt het gebruik toch individueler geworden en minder gepland, beide indicaties van acculturatie en normalisering. Ook lijkt XTC-gebruik voor veel gebruikers weinig nieuws of spannends meer te bevatten. Men staat er niet echt meer bij stil, vertelt Noah: "*Vroeger was het ook allemaal wat enger, wat vreemder en dan dacht je er wat meer over na. ... We gaan niet als een groep lopen slikken, ieder bepaalt dat voor zich*". Maar, zo vertelt zij, als er één schaaap over de dam is, volgen er meestal meer. "*Er zit wel een bepaald gedrag in, hoor. Als de één het doet, dan gaat de ander nogal snel mee. Niet onder druk, maar 't is wel gezellig om samen te doen. ... Wil je een biertje? Wil je een halve? Het maakt niet zo'n heel groot verschil...*". In ongeveer de helft van de XTC-gebruikende intieme uitgaansnetwerken lijkt XTC minder populair, of wellicht beter, minder vanzelfsprekend te worden, terwijl twee uitgaande panelleden een toename zien. Eén professional ziet ook een afname en twee van zijn collega's denken dat het gebruik van XTC zich heeft gestabiliseerd. De dalende trend lijkt geassocieerd met stijgende leeftijd, de duur van het XTC gebruik en met veelvuldig (hoog gedoseerd) XTC gebruik. Pablo's stapvrienden (30-40 jaar, Trance scene), Jochem's stapvrienden van de Rugbyclub (± 28 jaar, clubhouse scene) en ook Bernard's intieme stapnetwerk (Tekno scene, ± 23 jaar) geven aan in het laatste jaar/tegenwoordig minder XTC te gebruiken. "*Het wordt minder vaak gebruikt, tijdens de sessie wel dezelfde hoeveelheid, maar minder vaak in het jaar, een paar keer per jaar. Vroeger bijna elke week. Je wordt ouder en er*

kleven nadelen aan en daar word je je bewust van. De kater wordt steeds erger" (Jochem). Daarnaast wijst Bernard er ook op dat met veelvuldig gebruik de gewenste effecten minder optreden: "*[XTC] is niet meer zo leuk als eerst... het levert niet meer het gewenste resultaat op*".

Cocaïne

In negen van de zestien intieme uitgaansnetwerken wordt cocaïne gebruikt. In een netwerk waar gebruikt wordt gebruikt gemiddeld een derde, wat neerkomt op ongeveer 20% van de circa 215 uitgaanders in alle zestien intieme netwerken. De professionals geven aan cocaïnegebruik veel te zien onder horeca-personeel, in het bijzonder in de keuken. Veel 'horeca jongens' die zelf uitgaan gebruiken 'sos' (cocaïne). De hoeveelheden op een stapavond per persoon variëren van een paar lijntjes tot één gram. Hoeveel cocaïne individuele uitgaanders op een uitgaansavond gebruiken hangt af van hoeveel snuivers er zijn en hoeveel drugs er zijn ingekocht, want tijdens het uitgaan gebruikt men meestal samen. Net als bij XTC worden de meeste cocaïnegebruikers gerapporteerd door panelleden wiens intieme netwerken uitgaan in de 'hardere' dance scenes (Noah: 100%; Shanti: 50%; Sebastian: 50%; Mark: 40%; Pablo: 20%). In de intieme netwerken van scene hoppers wordt ook gesnoven maar meestal door minder uitgaanders (Floor: 40%, Els: 10%, Gijs: 5%). Ook de aanbieders zien regelmatig cocaïnegebruik. Jeffrey, bedrijfsleider van een kleine nachtgelegenheid, ziet regelmatig klanten onder invloed van cocaïne en alcohol die "*heel erg druk staan te doen aan de bar met een bepaalde blik in hun ogen*". Hij merkt het ook aan "*de verstopte pakjes op het toilet in het luchtrooster*". De panelleden wekken de indruk dat het in de meeste uitgaansgelegenheden niet gemakkelijk is om cocaïne te snuiven en veel uitgaanders vinden snuiven op het toilet vaak 'te veel gedoe'. Cocaïne wordt dan ook vaak aan het begin van een uitgaansnacht gesnoven, als men bij iemand thuis verzamelt (insnuiven) en dan gebeurt het ook wel dat er van uitgaan niets meer komt. Thuisfeestjes met vrienden, prettige muziek en een flinke voorraad drank, cocaïne en eventueel andere genotsmiddelen zijn dan ook niet ongewoon, melden verschillende uitgaande panelleden. Als je in de clubs gesnapt wordt kun je gaan en ook veel medeclubbers hebben er niet veel mee op als er naast hen iemand staat te snuiven. Dergelijke externe modererende invloeden zijn niet altijd aanwezig in besloten kring en, zoals Noah uitlegt, dat kan zich vertalen in ongeremder gebruik: "*Als we uitgaan is dat*

niet echt zwaar aan de coke, dat is meer gewoon een lijntje. Het is er dan wel bij en wordt een heel klein beetje gebruikt voor het effect. Als we thuis zitten daarentegen, dan is het ongelimiteerd omdat toch niemand ons controleert. Dan ligt het op tafel”.

Volgens de meeste panelleden is cocaïne populair vanwege haar oppeppende werking en het instant gevoel van zekerheid dat het verschaft. Els omschrijft wat wij wellicht het ‘Poplagevoel’ kunnen noemen: *“Je kan de hele avond blijven gaan, maar je gaat je ook echt koning, KEIZER, ADMIRAAL voelen. Je vindt jezelf de beste, de sterkste, de slimste, de mooiste, de gevaarlijkste van allemaal”.* Verschillende panelleden vertelden dat cocaïne veel gecombineerd wordt met alcohol (en in mindere mate met andere genotmiddelen). Belangrijke redenen die naar voren gebracht worden zijn dat cocaïne, in tegenstelling tot XTC, de gebruiker minder buiten de realiteit plaatst, het effect korter duurt -en daardoor als beter beheersbaar wordt ervaren- en dat het tot mildere na-effecten leidt.

Maar de panelleden rapporteren ook uitgebreid negatieve aspecten van cocaïnegebruik en lijken zich wel degelijk bewust van de schaduwzijden van dit middel. *“Coke is niet echt positief. Het is gevaarlijk, het wordt als verslavend gezien. De ervaring op de avond zelf is leuk, maar de psychologische kater is niet prettig”* (scene hopper Gijs). Niet-gebruikers vinden cocaïne-gebruikers vaak egocentrisch of in zichzelf gekeerd. De panelleden zien ook serieuzere problemen met cocaïne, zoals veelsnuivers die cocaïne niet tot het weekend beperken of bij wie het middel te veel een ‘sociale kruk’ wordt. Zij maken duidelijk onderscheid tussen recreatief gebruik, problematisch gebruik en verslaving en lijken zich bewust van de risico’s van cocaïnegebruik. Volgens partyorganisator Jeremy gaan vooral de jongere gebruikers onbesuisd met cocaïne om: *“Het stoere zie je wel bij de wat jongere van 21 jaar en zo. Als je wat ouder wordt is het iets wat toch wel terug komt bij je, je gaat er dan iets normaler mee om”.*

Zes uitgaande panelleden (Mark, Shanti, Jochem, Sebastian Gijs en Tom) melden dat het gebruik van cocaïne is toegenomen of nieuw is. Floor, Els (beiden scene hoppers) en Noah (EDM) lieten zich niet uit over veranderingen in het cocaïnegebruik tijdens het uitgaan, maar gaven wel aan *veel* cocaïnegebruik waar te nemen, niet alleen in eigen kring. Hoewel in dit geval de grens niet altijd even duidelijk is, lijken de waarnemingen van deze panelleden te gelden voor zowel hun intieme stapvrienden als de brede scenes

waar zij in uitgaan. Mark, Shanti, Jochem en Sebastian gaan allen uit in dance scenes en ook scene hopper Gijs, eigenlijk een hardrock liefhebber, gaat vaak later op de avond naar clubs of kraakfeesten waar electro wordt gedraaid. *“Het cokegebruik was er ineens in het laatste jaar; daarvoor eigenlijk niet zo. Misschien dat het gekomen is door invloed van andere mensen uit de brede scene”* (Gijs). Pop/Rock liefhebber Tom heeft geen cocaïnegebruikers onder zijn naaste stapvrienden, maar ontmoet in zijn brede uitgaansscene wel mensen, die het zijn gaan gebruiken. *“Ik heb een aantal jongeren coke zien gebruiken in de afgelopen maanden, ik heb het een paar keer gezien: tijdens een schoolfeest (Ik wist niet wat ik zag!), in het café, en op een verjaardag. In de brede uitgaansscene heb ik ook andere mensen ontmoet, die het wel gebruiken.”* Volgens Shanti is cocaïnegebruik overal in de dance scene toegenomen, maar in de GOA scene is cocaïnegebruik volgens haar echter van recente datum: *“Ik heb coke heel erg ook in de GOA scene op zien komen. Terwijl er in de GOA scene toch heel wat mensen zijn, zoals de paleistuinmensen, of mensen die zich alleen maar met kunst bezighouden, die geen negen tot vijf job hebben. Van hun verbaast het mij dat hier ook het cokegebruik ingeslopen is. Omdat het verhoudingsgewijs toch veel duurder is dan alle andere middelen die je toch gemakkelijk kunt krijgen”.*

Verschillende panelleden denken dat de opkomst van cocaïne nauw samenhangt met de door velen genoemde daling in XTC gebruik. Vooral in de dance scene zou deze ontwikkeling al enige jaren gaande zijn. Volgens Sebastian is in de clubhouse scene de afgelopen jaren cocaïne populairder geworden dan XTC. Ook de professionals zien een dergelijke verschuiving in de scenes waarmee zij beroepsmatig en recreatief van doen hebben.

Zowel uitgaanders als professionals zien de opkomst van cocaïne in het uitgaansleven in nauwe samenhang met het toenemende bewustzijn van de schaduwzijden van XTC gebruik. *“Van coke ben je niet een hele week naar de klote, dus die heeft XTC een beetje verstoten”* (Jeremy). Daarnaast geven de panelleden aan dat het gebruik van alcohol is gestegen.

Volgens de panelleden reserveren veel ervaren gebruikers XTC tegenwoordig meer voor speciale feestjes, terwijl er tijdens een ‘gewone’ uitgaansavond meer cocaïne wordt gebruikt. Feestorganisator Jeremy vat deze ontwikkeling beeldend samen: *“In de meeste gevallen wordt [XTC] alleen op speciale feesten gebruikt. Dat wordt dan meer gepland. Met coke kun je overal lam aankomen en dan ff snuiven en weer doorzuipen. Met pillen is dat toch anders”.*

Discussie

Het is wellicht een open deur te stellen dat het uitgaansleven drijft op alcohol, niettemin afgaande op deze panelronde, kan het aantal drinkers nauwelijks meer stijgen. Er lijkt nauwelijks sprake van zelfregulering. De meeste door de panelleden beschreven stappers drinken veel tijdens een uitgaansavond (zo'n 10-20 eenheden). Er wordt gedronken voor de gezelligheid en de roes die alcohol verschaft. De panelleden vinden zelf ook dat er (te) veel gedronken wordt. Alcoholgebruik lijkt daarmee niet of nauwelijks een onderscheidende factor onder de afnemers van uitgaansvertier in Den Haag. Vooral recent cannabisgebruik verschilt tussen en binnen groepen uitgaanders. Mogelijk is de consumptie in de laatste jaren gestegen, maar in sommige kringen daalt deze weer. Enkele panelleden maken zich zorgen over de veelblowers in hun omgeving, maar de meesten denken dat dit over het algemeen van tijdelijke aard is. Opvallend is dat er binnen de reguliere horeca minder geblowd lijkt te worden en dat er scherper wordt opgetreden. Hoewel de trend niet geheel eenduidig is, lijkt de huidige panelmeting de elders waargenomen afname en stabilisatie in XTC gebruik te weerspiegelen (7)(8). Over het algemeen kunnen wij concluderen dat bij ruwweg de helft van deze XTC gebruikers sprake is van een daling van het gebruik, in het bijzonder in de frequentie. Dalend XTC gebruik hangt volgens de panelleden vooral samen met toenemend ervaren negatieve na-effecten (zoals de 'XTC dip'), vooral als men ouder wordt.

Beschrijvingen van het door de panelleden waargenomen cocaïnegebruik wijzen op een (soms forse) toename. Voor de meeste panelleden is deze toename onderdeel van een ontwikkeling die al enkele jaren gaande is. In de huidige panelmeting wordt cocaïne vooral gemeld door dance liefhebbers, in dance scenes en op danslocaties. De overige cocaïnegebruikers vinden wij onder de scene hoppers. De vraag of scene hoppers een rol spelen bij de verspreiding van cocaïne in de diverse scenes die zij bezoeken is interessant voor preventie en verdient nader onderzoek.

Van indrinken naar infeesten en thuisfeesten

Indrinken, als begrip, lijkt aan inflatie onderhevig. Het gaat er niet alleen meer om waar en wanneer er wordt gedronken, maar ook om wat men (verder) zo tot zich neemt voor men écht gaat feesten. Naast 'indrinken' beschrijven de panelleden ook voorbeelden van 'inblowen' en 'insnuiven'. Zowel

alcohol als cannabis en cocaïne worden regelmatig gebruikt in de aanloop naar een uitgaansavond. In de meeste reguliere uitgaansgelegenheden mag steeds vaker niet worden geblowd. Volgens de panelleden lijkt dit vooralsnog weinig invloed te hebben op de prevalentie van cannabisgebruik. De panelmeting suggereert dat cannabisgebruikers wellicht minder in uitgaansgelegenheden blowen, maar dit compenseren (vlak) voor het uitgaan, tussendoor op straat en misschien ook erna. Ook (openlijk) cocaïnegebruik wordt in de meeste reguliere uitgaansgelegenheden niet getolereerd. Cocaïnegebruikers lijken daarom ook vaker te kiezen voor het gebruiken thuis, vóór het uitgaan of als vervanging van uitgaan. Er lijkt dus sprake van zowel 'infeesten' als 'thuisfeesten'. In de thuissituatie ontbreken externe modererende invloeden -de sociale controle die de gebruikers wel degelijk voelen als zij gaan stappen. En dat kan, zo blijkt ook uit de panelstudie, zich vertalen in ongeremder gebruik.

Cocaïne en XTC: convergerende trends?

De opkomst van cocaïne lijkt samen te hangen met een daling in XTC gebruik (7). Er wordt gesproken over normalisering van XTC gebruik. Veel (ervaren) gebruikers zijn intussen bekend met de effecten van dit genotmiddel en hebben met het ontwikkelen van gebruiksnormen en rituelen geleerd daarmee om te gaan. Er heerst geen jubelstemming meer over XTC maar er wordt ook minder over nagedacht. In de ervaring van de ervaren Nederlandse gebruiker lijkt een pilletje nog maar weinig anders dan een biertje. XTC is overvloedig aanwezig en, zoals clubmanager Pepijn het zo plastisch uitdrukt, 'het kost geen drol'. Panelleden geven ook aan dat veel uitgaanders genoeg hebben van XTC. Zij zien dat regelmatig (hoog gedoseerd) XTC gebruik te veel een aanslag doet op hun gezondheid of sociale functioneren. Voor een aantal van hen gaan met het ouder worden andere interesses en bezigheden (gezin, werk) steeds meer concurreren met uitgaan en genotmiddelengebruik (maturing out) (9). Voor anderen geldt dit in mindere mate, zij willen iets nieuws. Cocaïne lijkt dit gat in de markt te vullen, ondanks de toch twijfelachtige status van het middel.

Normalisering of niet, volgens Ton Nabben, hoofdonderzoeker van de Amsterdamse Antenne studie, maken XTC gebruikers min of meer dezelfde ontwikkeling door, van nieuwe (vaak euforische en als bijzonder of verheven ervaren) ervaringen, naar meer profane ervaringen en algemene toepassingen in meer wisselende situaties (T. Nabben, persoonlijke

mededeling). Bij initieel gebruik horen meer drugspecifieke gebruiksnormen en rituelen, terwijl ervaren gebruikers meer algemene regels toepassen (10)(11). De panelleden refereerden aan beide.

Cocaïne is echter niet nieuw op de Nederlandse drugsmarkten en de verspreiding in bijvoorbeeld de dance scene, kan moeilijk worden vergeleken met de tumultueuze opkomst van XTC aan het eind van de tachtiger jaren. XTC was toen werkelijk een nieuw, experimenteel genotmiddel in Nederland en was bepalend voor de doorbraak van de danscultuur in het uitgaansleven. De normalisering van cocaïne in het uitgaansleven lijkt sneller te gaan dan die van XTC destijds. Het is te hopen dat uitgaanders zich ook sneller bewust worden van de schaduwzijden van cocaïne-gebruik en hun gedrag daar op tijd aanpassen.

Het Haags uitgaansonderzoek in de naaste toekomst

Het Haags uitgaansonderzoek zal de trends in genotmiddelengebruik onder uitgaanders in Den Haag blijven volgen. In het bijzonder de survey (afname gepland in januari 2008) dient gegevens op te leveren die - beter dan de methodiek van de panelstudie toe laat - generalisaties naar de algemene uitgaanspopulatie in Den Haag mogelijk maken. De survey zal - voor het eerst via het internet - worden afgenomen onder 1.500 jongeren en jongvolwassenen die regelmatig uitgaan in de residentie. De afdeling epidemiologie van de GGD Den Haag ontwikkelt op dit moment een innovatieve *'Internet Sampling and Survey'* applicatie waarmee respondenten via een website kunnen worden bevraagd. Deze 'web survey' wordt gekoppeld aan een digitale versie van de momenteel meest geavanceerde methode van steekproeftrekking voor verborgen populaties, *'Respondent Driven Sampling'*. Met deze steekproefmethode is het mogelijk om betrouwbare en generaliseerbare uitspraken te doen, niet alleen over de steekproef, maar over de gehele (verborgen) uitgaanspopulatie (12)(13)(14).

In de uitgaansstudie besteden wij de komende jaren ook uitgebreid aandacht aan de vraag waar, wellicht hedonistisch ingestelde, Haagse uitgaanders houvast vinden om te bepalen wat goed voor hen is en wat slecht, als het gaat om hun genotmiddelengebruik. Een belangrijk doel daarbij is het blootleggen van factoren en mechanismen die van belang zijn voor creatief en effectief uitgaans- en drugbeleid, alsook het aanreiken

van praktische handvatten voor harm reduction en preventiewerk binnen het uitgaansleven die zelfregulering van genotmiddelengebruik bevorderen.

Literatuur

1. Gelder P van, Reinerie P, Smits M, Burger I en Hendriks VM. Uit (je dak) in Den Haag, 2003 uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag, oktober 2004.
2. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (I). Epidemiologisch Bulletin 2003; 38 nr. 2: 2-13.
3. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (II): gebruik in een sociale omgeving. Epidemiologisch Bulletin 2003; 38 nr. 3: 2-11.
4. Gelder P van, Reinerie P en Smits M, Burger I en Hendriks VM. Alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaanscircuit: gegevens over 2003 en aanbevelingen voor preventie. Epidemiologisch Bulletin 2004; 39 nr. 4: 2-9.
5. Haags uitgaansonderzoek 'Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Raadsmededeling-BOW. 2004-1591.
6. Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie. Onderzoekplan Haagse uitgaansmonitor 'Uit (je dak) in Den Haag', periode 2006-2009. Den Haag, juli 2005.
7. Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2006. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Rozenberg Publishers, 2007.
8. Nationale Drug Monitor, Jaarbericht 2004. Trimbos Instituut, 2004.
9. Winick C. Maturing Out of Narcotic Addiction. Bulletin on Narcotics 1962, 14, 1-7.
10. Zinberg N. Drug, Set & Setting. The basis for controlled intoxicant use. Yale University Press 1984.
11. Grund J-PC: Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation. Rotterdam: Addiction Research Institute (IVO), 1993. (<http://www.drugtext.org/library/books/grund01-grundcon.html>; <http://www.drugpolicy.org/library/-grundcon.cfm>)
12. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. Soc Prob. 1997; 44:174-199. (www.respondentdrivensampling.org)
13. Heckathorn DD. Respondent driven sampling, II. Deriving population estimates from chain-referral samples of hidden populations. Soc Probl. 2002; 49:11-34. (www.respondentdrivensampling.org)
14. Wejnert C and Heckathorn DD. Web-Based Network Sampling: Efficiency and Efficacy of Respondent-Driven Sampling for On-line Research. Sociological Methods and Research (Forthcoming).

De wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstand in Den Haag

C.M.J. Kraetzer, M.Schmidt en E.A.M. Joosen

De hardnekkige sociaal-economische gezondheidsverschillen in Den Haag (zoals geconstateerd in de Gezondheidsmonitor GGD Den Haag van achtereenvolgens 1999, 2002) waren voor het Haagse gemeentebestuur aanleiding om in 2003 een wijkgericht actieprogramma te starten met een looptijd tot 2007. Over de opzet en ontwikkeling van dit actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' informeerden we u bij de start in 2003 met een artikel in dit bulletin. We beloofden bij u terug te komen met de ervaringen en resultaten van deze wijkaanpak. Belofte maakt schuld. In dit artikel blikken we terug op drie jaar uitvoering en evaluatie van het actieprogramma. De programmamakers en de onderzoekers berichten over de ervaringen met participatie en de terugkoppeling vanuit het actiebegeleidend onderzoek hierop. Bovendien blikken we vooruit naar het vervolg van de wijkaanpak onder de nieuwe titel **Natuurlijk: gezonde wijken!**.

Gezondheidsachterstand moet wijken

Het actieprogramma

De gemeente Den Haag begon in 2003 met een wijkgericht actieprogramma om gezondheidsachterstanden terug te dringen; Gezondheidsachterstand moet wijken (verder GAMW). Want iedere Hagenaar verdient een gelijke kans op goede gezondheid, ongeacht leeftijd, etnische achtergrond, sociaal-economische positie of de plek waar hij of zij woont. GAMW werd uitgevoerd in de zes Haagse wijken met de grootste gezondheidsachterstand: Schilderswijk/Transvaal, Bouwlust/ Vrederust, Moerwijk/ Morgenstond, Laak Noord, Regentesse-/Valkenboskwartier (zie ook Gezondheidsmonitor GGD Den Haag, 2002).

De aanpak is wijkgericht, omdat de kansen op een lang en gezond leven in bepaalde stadsdelen en in het bijzonder in sommige wijken in Den Haag, ver onder het Nederlandse gemiddelde liggen. Anders gezegd, de wijk is de vindplaats van gezondheidsachterstand. De aanpak is programmatisch, omdat de aanpak van gezondheidsachterstand vraagt om afstemming en samenwerking van diverse professionele disciplines en sectoren, binnen en buiten de (openbare)

gezondheidszorg. Werken met een programma maakt het mogelijk de regie te organiseren, de problematiek intersectoraal op te pakken in beleid én uitvoering en te werken aan het verbreden van kennis over gezondheidsbevordering.

Het doel van het actieprogramma GAMW was de gezondheid van Haagse burgers in wijken met aantoonbare gezondheidsachterstand te verbeteren door het bevorderen van gezond gedrag, het verbeteren van de leefsituatie en het toegankelijker maken van de gezondheidszorg. Vanuit het concept van 'community-based' werken, waren de drie centrale principes hierbij: samenwerking met bewoners (participatie), samenwerking met professionals (professionele integratie) en samenwerking tussen diverse beleidssectoren (intersectorale samenwerking).

De evaluatie

Onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam evalueren het programma GAMW met een actiebegeleidend onderzoek. Hiervoor ontving de gemeente Den Haag subsidie van Zorg Onderzoek Nederland (ZonMw). De onderzoekers voeren een procesevaluatie uit waarbij de ontwikkeling van het

Over de auteurs:

Melanie Schmidt is onderzoeker. Dit evaluatie-onderzoek wordt uitgevoerd vanuit het AMC, door Melanie Schmidt en Thomas Ploch en begeleid door Karien Stronks en Niek Klazinga (AMC) en Barend Middelkoop (GGD Den Haag). Isabel Joosen is programmaleider Gezondheidsachterstand moet wijken en Natuurlijk: gezonde wijken! en werkzaam bij de Dienst OCW, afdeling Maatschappelijke Zorg en Volksgezondheid van de gemeente Den Haag. Stans Kraetzer is projectcoördinator Natuurlijk: gezonde wijken! en werkzaam bij de Dienst OCW, afdeling Gezondheidsbevordering van de Gemeente Den Haag.

programma wordt beschreven en geanalyseerd. Zij kozen in nauw overleg met de beleidsmakers voor deze aanpak omdat er nog weinig kennis bestaat over dit soort 'community-based' programma's. Daarnaast is het programma GAMW ontwikkeld in samenspraak met bewoners en professionals, waarbij de doelen en interventies gaandeweg het programma werden vastgesteld. Het volgen van dit proces biedt de onderzoekers een unieke kans de totstandkoming van een community based programma te bestuderen.

Voor de evaluatie van het programma construeerden de onderzoekers in samenspraak met de programmamakers van gemeente Den Haag een conceptueel raamwerk rondom de centrale principes: bewonersparticipatie, professionele integratie en intersectorale samenwerking. Deze werkwijze sluit aan bij de 'theory of change', een benadering waarbij aannames, doelen en strategieën van de interventie worden geëxpliciteerd zodat evaluatie kan plaatsvinden (1). Deze principes van de gemeente zijn door de onderzoekers herleid naar theorieën (2).

Het programma en de evaluatie hand in hand

Een kenmerk van een ontwikkelingsevaluatie is dat kennis die door de onderzoekers wordt verworven, al tijdens het programma aan de uitvoerders wordt overgedragen. Daardoor kan het programma gaandeweg naar behoefte worden bijgesteld. Tevens kunnen de verkregen inzichten bijdragen aan de wetenschappelijke kennisproductie. In dit artikel berichten uitvoerders en onderzoekers gezamenlijk over hun samenwerking op één van de centrale principes: participatie van bewoners en professionals. De programmamakers starten een activiteit op, de onderzoekers evalueren en koppelen tussentijds resultaten terug waardoor de activiteit desgewenst wordt bijgesteld. Ook dit artikel is het resultaat van de samenwerking van de beleidsmakers en de onderzoekers.

Participatie van bewoners en professionals; werken met panels

Wil er concreet iets gebeuren aan het probleem van gezondheidsachterstanden dan zal het beleid moeten aansluiten bij de concrete werkelijkheid van de

wijkbewoners en de mogelijkheden van beroepskrachten in de wijk. Van het begin af aan is gezocht naar manieren om de interventies en maatregelen in samenspraak met bewoners en professionals tot stand te brengen. Want zonder draagvlak zal er niets aan de gezondheidssituatie in de wijk veranderen. Die les is ook elders geleerd uit ervaringen met participatie en medezeggenschap van bewoners en professionals (3). Daarom was de focus vanaf de start gericht op een bottom-up benadering en samenwerking met bewoners en professionals. Het projectteam, werkzaam bij de GGD Den Haag, organiseerde in de actiewijken wijkgezondheidspanels om een doorlopende dialoog en participatie in de wijk te realiseren. Met de panels werd beoogd vernieuwende interventies op te zetten, samenwerking tussen professionals te bevorderen en bewonersparticipatie te stimuleren. In de evaluatie is bestudeerd op welke wijze de gemeente werkt aan het realiseren van deze doelen en in hoeverre de doelen worden gehaald.

In 2003 begon STIOM¹ in het kader van GAMW met een consultatie van bewoners en professionals. Dit leverde vier actiethema's op: bewegen, voeding, opvoeding en toegang tot de zorg. In de periode daarna werden de bewoners door het programmateam uitgenodigd om op een vertrouwde, neutrale locatie in de wijk (bijvoorbeeld de bibliotheek) in een bewonerspanel mee te denken met de ontwikkeling van het actieprogramma. De bewoners werden hiertoe benaderd via voor hen vertrouwde sleutelfiguren zoals huisartsen, volwassenenonderwijs, welzijns- en jongerenwerk.

De praktijk wees echter uit dat de opkomst matig was en zeer verschillend per actiewijk (variërend van één tot zes), ondanks een arbeidsintensieve aanpak om de wijkbewoners te enthousiasmeren. Daarom is op basis van de evaluatie na een jaar de keuze gemaakt om wijkbewoners te bereiken via de professionals die in de wijk werken en die met deze bewoners een vertrouwensband hebben opgebouwd. Er vond een verschuiving plaats van bewonerspanels naar wijkgezondheidspanels. De beroepskrachten die deelnamen aan de wijkgezondheidspanels waren hiervoor gevraagd of hadden zichzelf aangemeld. Zij legden de panels interventievoorstellen voor die moesten leiden tot verbetering van de gezondheidssituatie van de wijkbewoners, hun achterban in de

¹ STIOM is een netwerkorganisatie die periodiek professionals op het brede terrein van maatschappelijke dienstverlening en zorg op het niveau van een stadsdeel bij elkaar brengt, de situatie in de achterstandswijken bespreekt en gezamenlijke problematiek oppakt.

wijk. Deze interventievoorstellen moesten voldoen aan een aantal criteria: ze moesten vernieuwend zijn, bijdragen aan de zelfredzaamheid van de bewoners, aansluiten bij één of meerdere van de vier actiethema's en samenwerking bevorderen. In iedere actiewijk bracht het wijkgezondheidspanel aan het programma-team advies uit over de aanvragen. Per wijk was een actiebudget beschikbaar van € 20.000 per jaar.

De evaluatie van de panels

Eén van de onderdelen van het actiebegeleidend onderzoek naar GAMW betrof de evaluatie van de wijkgezondheidspanels zoals hierboven beschreven, als uitwerking van het werkprincipe participatie. Dergelijke panels, in de literatuur onder andere aangemerkt als coalities en netwerken, zijn een populair middel in community-based programma's, omdat zij samenwerking tussen verschillende sectoren kunnen stimuleren (4) (5). Het is niet eenvoudig om uit de literatuur bepaalde succes- en faalfactoren te destilleren omdat erg veel factoren het functioneren van zo'n panel kunnen beïnvloeden. Voorbeelden zijn enerzijds kenmerken van het netwerk zelf (bijv. strategisch doel, missie, gezamenlijke visie, samenstelling, structuur, cultuur, management o.a. leiderschap, bestuursklimaat) en anderzijds de externe omgevingsinvloeden zoals politieke, sociale en economische ontwikkelingen. Op basis van de wetenschappelijke literatuur en de doelen van de gemeente zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Hoe wordt vanuit GAMW sturing gegeven aan de panels en hoe functioneren die?
- In hoeverre lukt het om (a) vernieuwende interventies op te zetten, (b) samenwerking tussen professionals te bevorderen en (c) bewonersparticipatie te stimuleren.

Methodiek van de evaluatie

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van drie methoden van dataverzameling: observaties, interviews en documentenanalyse.

- (1) Observaties. De bijeenkomsten van de wijkpanels zijn door twee onderzoekers bezocht en geobserveerd. De observatie vond plaats aan de hand van een topiclijst waarbij de panels gescoord werden op vier domeinen: sturing vanuit GAMW, externe contextuele factoren, het netwerk en de interventie. De onderzoekers maakten individueel een verslag van de bijeenkomsten. De bevindingen

werden bediscussieerd door de onderzoekers waarbij ze een aantal thema's identificeerden. Deze thema's zijn geverifieerd door ze te vergelijken met bevindingen uit de interviews en door besprekingen met de programma-medewerkers van de gemeente en GGD Den Haag.

- (2) Interviews. Er zijn veertien respondenten benaderd voor een semi-gestructureerd interview. De selectiecriteria waren: geslacht, stadsdeel, type organisatie en of zij al dan niet subsidie aangevraagd hadden. Op deze wijze werd geprobeerd om een zo divers mogelijke groep te spreken. Uiteindelijk zijn tien respondenten geïnterviewd. De overige vier waren verhuisd, werkten niet meer bij de betreffende organisatie of waren na drie pogingen niet bereikbaar. De interviews werden afgenomen door twee onderzoekers, duurde drie kwartier tot anderhalf uur, werden uitgeschreven en zijn geanalyseerd met behulp van het programma MaxQda.
- (3) Documentenanalyse. Er is kennis genomen van gemeentelijke rapportages en rapportages van de activiteiten die via de wijkgezondheidspanels werden geïnitieerd (2005 n=38) (2006 n=34).

Voorlopige resultaten evaluatie van de panels

Functioneren panels

In vijf stadsdelen zijn panels georganiseerd die twee tot drie maal per jaar bijeenkwamen. Deelnemers waren professionals zoals sociaal-cultureel werkers, bibliotheekmedewerkers, diëtisten, consultatiebureau-verpleegkundigen en apothekers. Het aantal deelnemers verschilde per wijk en liep uiteen van vier tot vijftien professionals. De bijeenkomsten van de panels stonden vooral in het teken van het bespreken van de interventievoorstellen ten behoeve van subsidie. Soms werd de betekenis van de criteria waar de aanvragen aan moesten voldoen kort besproken, maar een gezamenlijke visieontwikkeling vond niet plaats. Ook de gezondheidsproblematiek werd meestal maar beperkt besproken. Wanneer dit wel gebeurde ontbrak toetsing aan epidemiologische en/of demografische informatie. Uit de observaties viel verder op dat het proces van besluitvorming en de bevoegdheden voor de panelleden onduidelijk waren. Panelleden toonden zich in de interviews echter enthousiast over de mogelijkheden die het panel hen bood. Ten eerste prezen zij de mogelijkheid tot het leren kennen van mogelijke samenwerkingspartners in de stad. Ten tweede gaven de panelleden aan dat ze het waardeerden dat andere panelleden kritisch

meedachten over de interventies waarvoor zij subsidie aanvroegen. Dit draagt in hun beleving bij aan een beter product. Anderzijds gaven panelleden aan dat zij het moeilijk vonden om bijvoorbeeld een aanvraag kritisch te beoordelen omdat ze het de aanvragende organisatie 'wel gunden'. Ondanks dat ze het moeilijk vonden om kritisch op elkaar te zijn, gaven zij zelf aan het wel belangrijk te vinden dat het gebeurt. Ten derde gaven de panelleden in de interviews aan het te waarderen dat er direct subsidie beschikbaar was, dat zij mee konden denken met de besteding daarvan en dat de gemeente met deze werkwijze 'de democratie in de wijk terugbrengt'.

Opbrengsten

Interventies

In de periode 2005-2006 zijn via de wijkgezondheidspanels meer dan zestig initiatieven gesubsidieerd voor minimaal € 350 en maximaal € 3500. In 2005 waren de aanvragers elf verschillende organisaties uit de stad, in 2006 waren dat er twaalf. De aanvragen die zijn goedgekeurd waren gericht op algemene doelgroepen zoals kinderen, volwassenen, allochtonen, autochtonen, vluchtelingen en specifieke doelgroepen zoals allochtone vrouwen met borstkanker of kinderen met overgewicht. De meeste activiteiten waren gericht op voeding en beweging. Zo heeft de Zuidwalschool in samenwerking met het kooklokaal een aantal kookworkshops gehouden met als doel de kinderen bewust te maken van eetgewoonten in verschillende culturen. Een ander voorbeeld is het project Harro-Palak van de stichting Bar-aka, dat als doel had allochtone inwoners te motiveren om meer te bewegen. Dat deed men in het project door wekelijks groepsactiviteiten te houden met gymnastische-, yoga- en meditatieoefeningen. Ook zijn subsidieaanvragen goedgekeurd voor informatieoverdracht, zoals een vitaminemarkt, en voor 'community building', zoals wijkfeesten (waar op de een of andere manier aandacht besteed werd aan gezondheid).

Samenwerking tussen professionals

Uit de interviews komt naar voren dat de bijeenkomsten van de panels de samenwerking tussen de deelnemers stimuleerden. Uit de observaties blijkt dat de voorzitter van de panels daarin een sterke rol speelde. Zij bemiddelde en koppelde panelleden aan elkaar of aan professionals in de wijken buiten de panels. Zij putte daarbij uit haar eigen grote netwerk in de stad. Panelleden gaven in de interviews aan van elkaar te leren en geïnspireerd te raken door het panel

om activiteiten te ontwikkelen op het thema 'gezondheid'. Zo gaf bijvoorbeeld één van de respondenten aan geen idee te hebben wat voor project ze op dit thema kon opstarten. Inmiddels is zij meerdere 'gezondheids' interventies gestart. Een ander was al een interventie gestart op het gebied van welzijn en heeft er naar aanleiding van het panel het thema gezondheid aan toegevoegd. Op deze wijze vond er agendasetting van het thema gezondheid plaats in de wijk.

Bewonersparticipatie

Tijdens de observaties vonden de onderzoekers het opvallend hoe weinig er over bewoners gesproken werd, vooral in de aanleiding van de subsidieaanvragen. Hieruit was niet duidelijk af te leiden of de hulpvraag afkomstig was van de doelgroep/bewoners zelf. In de interviews gaven respondenten aan dat de aanleiding voor de interventies uiteen liep van krantenberichten waarin overgewicht als probleem werd aangemerkt, tot constatering die professionals deden over bijvoorbeeld de gezondheidstoestand of mate van beweging van hun doelgroep, of een hulpvraag van de doelgroep. De professionals zelf ontwierpen activiteiten waaraan bewoners konden deelnemen. Actieve participatie in de ontwikkeling en uitvoering van de interventie kwam echter niet vaak voor. Uitzondering hierop vormden bijvoorbeeld Radio Dalmar en het 'wijktheater De Thuisdokter'. Daarnaast bleek de aansluiting van de activiteiten bij bewoners voor de professionals niet altijd vanzelfsprekend. In een aantal projecten was het aantal deelnemers lager dan gehoopt en soms startte een project helemaal niet door een tekort aan deelnemers.

Vernieuwende interventies opzetten

In de panels werd aandacht besteed aan de continuïteit van een project door dit als criterium op te nemen in de subsidieaanvraag. Duidelijk was dat er maar éénmaal subsidie kon worden aangevraagd en dat vooraf nagedacht moest worden over de verankering. De respondenten gaven echter in de interviews aan dat zij zich afvroegen of de gemeente wel oog houdt op het succes van een project. Ook vroegen zij zich af of de resultaten van de panels en de projecten werden teruggekoppeld. De respondenten vonden dit onder andere belangrijk voor de continuïteit van de projecten. Zij gaven aan dat het meestal niet haalbaar is om een project met eigen geld te continueren en ook uit de rapportages bleek dat een groot deel niet is gecontinueerd.

De programmamakers gaven echter aan dat er uiteindelijk zo veel projecten zijn gestart dat het niet haalbaar is om ze allemaal te volgen. Hierdoor is het lastig om de 'parels' te herkennen. Sommige professionals gaven ook aan dat zij kampten met bezuinigingen, waardoor goedlopende activiteiten moesten stoppen terwijl voor diezelfde activiteiten geld beschikbaar was via het panel. 'Nederland is het land van de potjes en die moet je maar net kunnen vinden'.

Aanbevelingen voor bijsturing

Bovenstaande bevindingen zijn vanuit de onderzoekers teruggekoppeld aan het programmteam van gemeente en GGD Den Haag. In een brainstorm-sessie is gesproken over de betekenis van deze analyse voor bijsturing van de methodiek met panels. De volgende punten waren hierbij leidend:

- De gemeente en GGD Den Haag sturen momenteel vooral op financiële incentives, maar beschikken ook over epidemiologische en demografische informatie, en zouden deze beter kunnen aanwenden.
- Na de eerste ervaringen in 2005 en 2006 is de vraag gerezen in hoeverre het wijkactiebudget wordt gebruikt om 'gaten in de begroting te dichten' in plaats van voor het ontwikkelen van innovatieve ideeën waarbij bewonersparticipatie wordt gestimuleerd. Als het doel is om meer bewoners actief te laten participeren, zal de gemeente hier meer op moeten sturen.
- Er is meer behoefte aan monitoring van de projecten en aandacht voor mogelijke verankering van geslaagde projecten.
- De vraag is of vernieuwing een voorwaarde moet zijn voor projecten, of dat vervolmaking van bestaande initiatieven ook een uitgangspunt kan zijn.

Participatie van bewoners en professionals; het vervolg

De resultaten en aanbevelingen uit het actie-begeleidende evaluatie-onderzoek kwamen beschikbaar op het moment dat de gemeente Den Haag bezig was samen met bewoners, professionals en experts het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2007-2011 te formuleren. De bestuurlijke ambitie van het (in 2006 aangetreden) gemeentebestuur op het terrein van volksgezondheid bleef onverminderd gericht op het terugdringen van de gezondheidsachterstanden in Den Haag.

De wijkaanpak heeft daarin haar plek verworven en kan door de deconcentratie van gemeente Den Haag en de start van de landelijke aanpak van Krachtwijken de komende jaren verder worden versterkt. Gemeente en GGD Den Haag hebben deze ontwikkelingen en de aanbevelingen van de onderzoekers over het functioneren van de panels vertaald naar een bijgestelde methodiek voor het realiseren van bewonersparticipatie. De Haagse nota gezondheidsbeleid: Natuurlijk: gezond! 2007-2011 is tevens het startsein voor het vernieuwde actie-programma dat doorgaat onder de naam Natuurlijk: gezonde wijken!. Hieronder lichten we toe hoe de aanbevelingen van de onderzoekers terug zijn te vinden in de nieuwe methodiek.

Aan de slag met het wijkoverstijgende kernnetwerk

Doel van het actieprogramma Natuurlijk: gezonde wijken! is om bewoners via participatie grip te geven op de eigen gezondheidssituatie. Daar waar in de methodiek met wijkgezondheidspanels werd uitgegaan van de gedachte dat professionals participatie als 'vanzelfsprekend principe' mee zouden nemen in hun interventievoorstellen, worden ze daar nu in de ontwikkeling van interventievoorstellen expliciet op aangesproken. De voorstellen worden beoordeeld op de participatie van wijkbewoners en de dialoog tussen wijkbewoners en professionals. Dit gebeurt via het nieuwe kernnetwerk, dat vanaf september 2007 wijkoverstijgend deze aanjaagfunctie vervult. Het kernnetwerk adviseert bij het toekennen van subsidie van het wijkactiebudget en bij voorstellen om de deskundigheid van professionals en wijkbewoners op het thema gezondheid te bevorderen.

De deelnemers aan het kernnetwerk zijn gekozen op basis van hun expertise in het werken aan participatie en empowerment van bewoners en de dialoog daarover met professionals: Stichting BOOG (samenlevingsopbouw), HOF (vrijwilligers-ondersteuning), STIOM (netwerken gezondheidszorg en welzijn van professionals) en de programma-coördinator van de GGD. Vanuit de deelnemers aan het kernnetwerk wordt de achterban gestimuleerd signalen te geven en aanvragen in te dienen. Het wijkoverstijgende kernnetwerk komt bij elkaar om een keuze te maken uit signaaldocumenten, die gemaakt zijn op basis van signalen in STIOM-platforms in de actiestadsdelen, en aanvragen die gemaakt zijn door bewonersinitiatieven-/organisaties en migranten-organisaties.

Het kernnetwerk werkt in de actiewijken nauw samen met STIOM-platforms en waar nodig ontstaan

wergroepen die interventies ontwikkelen. Organisaties die (nog) niet vertegenwoordigd zijn in de STIOM-platforms kunnen door het programma-team uitgenodigd worden te participeren in werkgroepen. Er is een actiebudget per stadsdeel, bedoeld voor activiteiten die passen bij de wijkaanpak. Professionals en georganiseerde wijkbewoners kunnen deze subsidie aanvragen.

Sturen op gezondheidsanalyse van de wijk

In 2007 is er veel informatie over de (gezondheids-) situatie in de actiewijken bekend geworden via gesprekken met wijkbewoners (bijeenkomsten), professionals (STIOM-platforms) en experts (experts meetings) over de gezondheidssituatie in de wijk. Deze gesprekken waren georganiseerd door STIOM, de gemeente en GGD Den Haag om feedback te krijgen op de wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden en input voor het nieuw te voeren gezondheidsbeleid. Daarnaast is vanuit de Gezondheidsmonitor 2006 een vertaalslag gemaakt naar de meest prominente gezondheidsproblematiek in deze wijken en in het kader van de aanpak Krachtwijken zijn geïntegreerde analyses gemaakt waarin ook gezondheid op basis van landelijke cijfers was opgenomen. Op basis van deze analyse kunnen in gesprek met bewoners en professionals in de wijk bewust keuzes worden gemaakt met welke thema's men aan de slag wil. Punt van aandacht is dat we in Den Haag nog niet beschikken over gebiedsgerichte gezondheidsinformatie. Daarom is het plan dat de GGD Den Haag per 2008 gaat werken met gezondheidsenquêtes, waarmee gericht per wijk inzicht kan worden verkregen in de gezondheids-situatie en -beleving. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan passende methodieken om deze gegevens daadwerkelijk van burgers te verkrijgen. In het najaar 2007 is het wijkoverstijgende kernnetwerk van start gegaan op basis van de brede inventarisatie die begin 2007 is gemaakt en waarvan de centrale thema's de basis vormen voor de nota *Natuurlijk: gezond!*. Professionals en bewoners kiezen zelf met welke van de thema's ze aan de slag willen. Ook de gezondheidsenquête is een bron voor keuzes en ontwikkeling van gezondheidsbevorderende interventies en maatregelen. Als in 2008 de gebiedsgerichte informatie van de gezondheids-enquête gereed is, zal die daarom vanuit het kernnetwerk ter beschikking worden gesteld aan bewoners, professionals en instellingen in de wijk.

Sturen op gezondheidsparticipatie

Vanuit het wijkoverstijgende kernnetwerk zal gericht worden gestuurd op gezondheidsparticipatie volgens de typologie van Pretty (6). Niet alle groepen in de samenleving zijn in staat hun eigen belang helder te definiëren en daarvoor op te komen. Daarvoor zijn bepaalde randvoorwaarden nodig, zoals voldoende mogelijkheden en vaardigheden bij de doelgroep zelf en bij professionals om aan te kunnen sluiten bij de doelgroep. Afstemming en samenwerking tussen beroepskracht en doelgroep is complex. Professionals dienen over vaardigheden te beschikken om de doelgroep te enthousiasmeren voor het meedoen aan hun gezondheidsbevorderende activiteiten. Een goede ondersteuning van professionals en instellingen hierbij is onontbeerlijk. De activiteiten die in het programma ontwikkeld worden lopen over het algemeen via beroepskrachten en sleutelfiguren in de wijk, die het vertrouwen genieten van de doelgroep. De gezondheidsproblematiek is meestal zo gecompliceerd dat het noodzakelijk is om af te stemmen en samen te werken. Erkenning van de expertise/bagage van de doelgroep is essentieel voor een goede samenwerking. Wijkbewoners participeren vanuit eigen motieven en hopen door participatie eigen doelen te realiseren. Zicht hierop, de bereidheid samen aan de slag te gaan en ruimte bieden voor eigen initiatief zijn onontbeerlijk. Het kernnetwerk zal de dialoog en samenwerking tussen bewoners en professionals op het terrein van gezondheid aanjagen, faciliteren en ondersteunen.

Sturen op monitoring en verankering van succes

Het wijkactiebudget waarmee gezondheids-initiatieven/-interventies gesubsidieerd kunnen worden, blijft onder het programma *Natuurlijk: gezonde wijken!* bestaan. Het kernnetwerk daagt professionals en bewoners in gezamenlijkheid uit om interventies te ontwikkelen of te kiezen die passen bij het thema dat ze zelf prioriteit hebben gegeven. Door de interventie in gezamenlijkheid te ontwikkelen wordt voorkomen dat professionals zelf met een bestaand idee of aanbod komen, waarvoor (nog) geen financiering (meer) is. Vanuit het kernnetwerk worden het ontwikkelingsproces en de uitvoering gemonitord op resultaat. Indien de interventie succesvol is in het activeren van wijkbewoners om aan hun gezondheidssituatie te werken, wordt de interventie ook als voorbeeld aan andere wijken gepresenteerd en wordt vanuit de gemeente en GGD Den Haag ondersteuning geboden in het structureel verankeren van de interventie.

Tot slot

De gezondheidsverschillen tussen rijk en arm in Den Haag zijn er nog steeds, maar voor het eerst sinds jaren zijn ze in ieder geval gelijk gebleven (Gezondheidsmonitor GGD Den Haag, 2006). Het zou naïef en onwetenschappelijk zijn om dit resultaat volledig toe te schrijven aan het actieprogramma GAMW. Daarvoor zijn er teveel oorzaken van invloed op de gezondheidssituatie in een grote stad. En het is ook nog de vraag of deze ombuiging doorzet. Maar met wijkgerichte en programmatische aanpak is wel degelijk een bijdrage geleverd aan het structureler en met meer partners in het veld werken aan gezondheidsachterstanden. De wijkaanpak en succesprojecten uit GAMW worden daarom onder de noemer *Natuurlijk: gezonde wijken!* in de huidige collegeperiode verder uitgebreid. Want *Krachtwijken* zijn ook *Gezonde Wijken!*

Literatuur:

1. Connel J, Kubisch A, Schorr L, Weiss C. *New approaches to evaluating Community Initiatives: concepts, methods and Contexts*. Aspen Institute Washington, DC. 1995.
2. Schmidt M, Plochg T, Middelkoop BJC, Joosen I, Waterman MH, Klazinga NS, Stronks K. Het conceptueel raamwerk voor de evaluatie van de wijkgerichte aanpak ter verkleining van gezondheidsverschillen in Den Haag. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 84(8), 457-463. 2006.
3. Voorham AJJ, de Haes WFM, Mackenbach JP. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. *Leerpunten uit de praktijk*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 80 (7), 431-435. 2002.
4. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. *Community coalitions for prevention and health promotion*. *Health Education Research*, Vol 8. no 3. 1993.
5. Wolf T. *Community Coalition Building - contemporary practice and research: Introduction*. *American Journal of Community Psychology* Vol. 29, no.2. 2001.
6. Koelen MA, van den Ban AW. *Health Education and Health Promotion*. Wageningen Academic Publishers. Wageningen, 2004.

The Making Of Natuurlijk: gezond!

De Haagse nota volksgezondheid 2007 - 2011

A.S.T. Boersma

Iedere Nederlandse gemeente is verantwoordelijk voor de bescherming en de bevordering van de gezondheid van haar inwoners. Gemeenten zijn daarnaast wettelijk verplicht om iedere vier jaar de lokale prioriteiten vast te stellen in een nota volksgezondheid. In de Wet collectieve preventie volksgezondheid staat dat de gezondheidssituatie van de inwoners hiervoor uitgangspunt moet zijn. Dit artikel beschrijft de wijze waarop de gemeente Den Haag de prioriteiten voor de komende jaren heeft gesteld. De complete nota volksgezondheid 2007 - 2011 **Natuurlijk: gezond!** kan worden gedownload via www.denhaag.nl/ggd.

Den Haag was in 1999 één van de eerste gemeenten met een nota volksgezondheid. Sindsdien heeft de gemeente de beleidscyclus volksgezondheid ontwikkeld. Deze beleidscyclus bestaat uit vier stappen: beleidsvaststelling, beleidsuitvoering, monitoring en beleidsevaluatie. In 2006 werd met het resultaatverslag 'Op uw Gezondheid! II; Zichtbaar resultaat 2003-2006' alweer een tweede cyclus van vier jaar Haags gezondheidsbeleid afgerond. Gelijktijdig werd de *Gezondheidsmonitor 2006* gepresenteerd. Deze monitor bevat onder andere informatie over gezondheid, ziekte en sterfte van de Haagse bevolking. Beide documenten tezamen geven een actuele beschrijving van de Haagse gezondheids-situatie en bevatten daarom belangrijke uitgangspunten voor de nota volksgezondheid 2007 - 2011. Veel wettelijke kaders binnen de gemeente zijn ingegeven door volksgezondheids- (en veiligheids)-overwegingen. Denk hierbij aan normeringen voor (verkeers)lawaaï, fijnstof en bouwvoorschriften. Daarnaast levert beleid op andere gemeentelijke terreinen vaak als neveneffect een betere gezondheid op. De aanpak van taalachterstanden zorgt er bijvoorbeeld ook voor dat iemand gezondheidsvoorlichting of adviezen van de huisarts beter begrijpt. En de stimulering van het fietsgebruik vanuit verkeerskundige doelstellingen draagt bij aan een actieve en gezonde leefstijl. Een soortgelijk positief gezondheidseffect kan voortkomen uit de verbetering van het niveau van opleiding, inkomen en werk.

Daarom zijn van tevoren de Haagse, regionale én landelijke ontwikkelingen in kaart gebracht die van invloed zijn op Haags volksgezondheidsbeleid (zie figuur 1).

Gezondheidsachterstanden

Uit zowel de gezondheidsmonitor als uit het resultaatverslag bleek duidelijk dat Hagenaars met een lage sociaal-economische positie gemiddeld nog steeds een slechtere gezondheid hebben dan hun stadgenoten met een hogere sociaal-economische positie. Ook bleek dat de relatie tussen bepaalde gezondheidsproblemen en de etnische en culturele achtergrond van Hagenaars nog steeds veel aandacht vraagt. Het terugdringen van deze Haagse gezondheidsachterstanden zou daarom de komende jaren hoog op de agenda moeten (blijven) staan. Halverwege 2006 heeft het Haagse gemeentebestuur deze ambitie ook vastgelegd in het coalitieakkoord.

Mensen kunnen hun gezondheidsachterstand niet zelf van de één op de andere dag veranderen. Dit vraagt een flinke inspanning van henzelf én van andere partijen. Van de gemeente, maar ook van Haagse vrijwilligers, professionals (zoals huisartsen, opbouwwerkers, docenten) en instellingen. Zij kennen de gezondheidsproblemen in de wijk en weten welke problemen vooral aandacht nodig hebben.

Over de auteur:

Annamarika Boersma, beleidsmedewerker volksgezondheid/projectleider nota volksgezondheid, dienstOnderwijs, Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag.

Figuur 1

Enkele voorbeelden van Haagse, regionale en landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op Haags volksgezondheidsbeleid.

- Meedoen! Beleidsakkoord Den Haag 2007-2011
Prioriteiten van en afspraken tussen fracties PvdA, VVD en Groen Links uit het Haagse College van B&W
- Wereldstad aan zee. Structuurvisie Den Haag 2020
Visie op de toekomst van de stad en regio Den Haag
- Aandacht voor de stad. Meerjarenbeleidsplan WMO Den Haag 2007-2011
Haagse (beleids)plannen voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning
- Tien voor Milieu. Contourennota milieubeleid Den Haag 2006-2010
Beschrijving van het Haagse milieubeleid in grote lijnen
- Gezondheid en Milieu. Beleidsplan en actieplan Gezondheid en Milieu Den Haag, 2006
Haagse maatregelen op het gebied van gezondheid en milieu
- Werk Voorop. Beleidsplan Werk en Inkomen Den Haag 2007
Haags beleid op het terrein van werk en inkomen
- Actieprogramma Jeugd 2007-2010 Den Haag
Haagse maatregelen om het toekomstperspectief van de Haagse jeugd te verbeteren
- Beleidsplan Groen, water en milieu, provincie Zuid-Holland
Strategische visie en ambities van het provinciaal beleid voor natuur, landschap, water en milieu
- Kiezen voor gezond leven. Preventienota 2006-2010 ministerie van VWS
Landelijke prioriteiten op het gebied van gezondheidspreventie
- Openbare Gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Inspectie Gezondheidszorg, 2005
Resultaten onderzoek kwaliteit en toekomstbestendigheid van de openbare gezondheidszorg

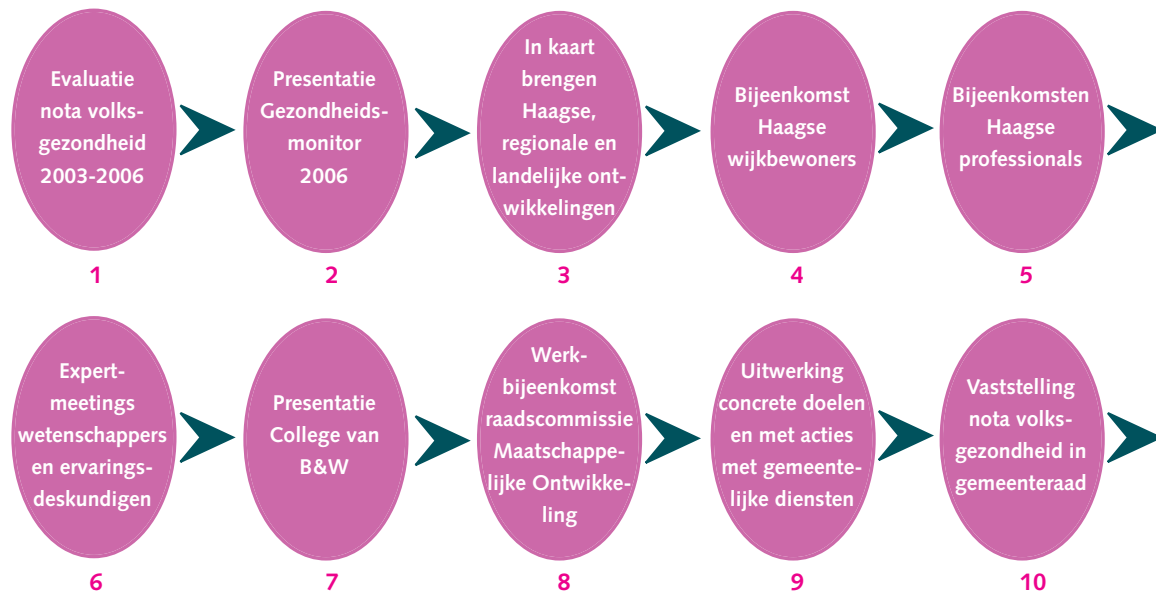
Aan Haagse inwoners en professionals is daarom gevraagd suggesties te doen voor de nota volksgezondheid.

In dit kader sprak wethouder volksgezondheid Bert van Alphen in februari 2007 met ruim honderdvijftig Hagenaars uit wijken met veel gezondheidsachterstand. Tijdens een bijeenkomst in buurtcentrum de Mussen vertelden wijkbewoners welke problemen zij ervaren. Ze noemden ook mogelijke oplossingen. Volgens de wijkbewoners moeten Hagenaars daar

zoveel mogelijk zelf mee aan de slag en moet de gemeente vooral ondersteunen. Daarnaast werden tien bijeenkomsten georganiseerd voor professionals. In totaal hebben op deze manier ruim tweehonderd professionals aangegeven welke gezondheidsthema's met prioriteit moeten worden aangepakt. In de aanloop naar de nieuwe nota zijn ook verschillende expertmeetings georganiseerd. Medewerkers van de gemeente, wetenschappers en andere ervaringsdeskundigen spraken daar met elkaar over de beste manier om de Haagse gezondheidsachterstanden te verkleinen.

Verbetering van de gezondheid van de stedelijke bevolking vergt ook samenwerking tussen medewerkers van de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen, zoals volksgezondheid, sociale zaken, onderwijs, stedelijke ontwikkeling, milieu, sport en welzijn. Zo kunnen vanuit verschillende invalshoeken samen initiatieven worden genomen om gezondheidsachterstanden tegen te gaan.

Het College van B&W ging akkoord met een gezamenlijke aanpak om de Haagse gezondheids-situatie significant te verbeteren. Het gaf opdracht om andere beleidsterreinen actief te betrekken bij de voorbereiding van de nota. Tijdens een speciale werkbijeenkomst ging ook de raadscommissie Maatschappelijke Ontwikkeling akkoord met de aanpak. De commissie gaf daarbij duidelijke kaders aan voor de uitwerking van de nieuwe nota. Vervolgens hebben de verschillende gemeentelijke diensten gezamenlijk concrete doelen en acties geformuleerd. Het resultaat hiervan staat in de nota volksgezondheid 2007 - 2011 'Natuurlijk: gezond!, die dit najaar door de gemeenteraad is vastgesteld. De totstandkoming van de nota volksgezondheid is schematisch weergegeven in een stroomdiagram (zie figuur 2).

Figuur 2*The Making Of: Natuurlijk: gezond! De Haagse nota volksgezondheid 2007-2011.*

Natuurlijk: gezond!, op weg naar een gezond Den Haag

Nieuwe nota volksgezondheid 2007-2011

A.S.T. Boersma, W.K. Kok

Wethouder volksgezondheid Bert van Alphen is er klaar voor. Vier nieuwe jaren om te werken aan de gezondheid van de Haagse bevolking. De Haagse nota volksgezondheid 2007-2011 heet 'Natuurlijk: gezond!'. De vanzelfsprekendheid in deze titel heeft een duidelijke reden. Het verder terugdringen van gezondheidsachterstand in Den Haag krijgt de hoogste prioriteit. Iedereen gelijke kansen op een goede gezondheid, dat is het uitgangspunt. Een interview met Bert van Alphen over zijn ambities voor de komende vier jaar én de highlights uit de nieuwe nota.

Gezondheid is een complex begrip. Wat betekent gezondheid voor u?

Voor mij betekent gezond zijn dat ik me lichamelijk en geestelijk goed voel. Gezondheid is vooral een beleving. Als je ziek bent of kwalen hebt, kun je je toch best gezond voelen. Tegelijk kan iemand die lichamelijk helemaal gezond is, zich geestelijk niet goed voelen. Het is dus voor iedereen anders. Ik woon in de Haagse Schilderswijk. Niet iedereen in mijn wijk heeft evenveel kans om oud te worden. Dat is een schokkend gegeven. Het is heel belangrijk dat iedereen zich bewust is van de eigen gezondheid. Veel mensen realiseren zich onvoldoende dat ze zelf actief kunnen bijdragen aan een goede gezondheid. Overgewicht, het drinken van alcohol, een te hoge bloeddruk: het wordt al snel als 'normaal' ervaren. Dat moeten we doorbreken. Mensen kunnen zelf veel doen om gezond te blijven.

Wat is het meest gezonde element in uw leven? En het meest ongezonde?

Ik loop zoveel mogelijk: bijvoorbeeld van werk naar huis en naar afspraken die op loopafstand zijn. Iedere zondag trim ik tien kilometer in het Zuiderpark. Het levert me veel energie op en het verbetert mijn conditie. Daarnaast is het ook ontspannend en een

sociale bezigheid; we lopen vaak met z'n drieën. Een ideaal moment om de laatste nieuwtjes uit te wisselen. Het afgelopen jaar ben ik beter op mijn voeding gaan letten. In mijn functie als wethouder verlopen de dagen vaak onregelmatig. Het lukte soms niet om te lunchen of ik haalde snel even iets ongezonds. Ik probeer daar nu goed op te letten, om gezond te blijven. Roken is nog wel steeds een probleem. Het is een verslaving en ik vind het erg moeilijk om te stoppen. Dit is waarschijnlijk herkenbaar voor veel andere rokers.

Hoe gaat het nu met de gezondheid van Hagenaars? En wat kan de gemeente doen om de gezondheid te verbeteren?

Wij zijn als gemeente verantwoordelijk voor het bewaken, beschermen en verbeteren van de gezondheidssituatie van Hagenaars. We voeren een aantal verplichte taken uit, zoals jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen en het bestrijden van infectieziekten. Onze GGD speelt daarbij een belangrijke rol. Alle Hagenaars mogen van ons verwachten dat we deze wettelijke taken op een hoog kwaliteitsniveau uitvoeren. Maar we doen meer! De gezondheidssituatie in deze stad vraagt namelijk om extra inspanning.

Over de auteurs:

Winneke Kok is communicatieadviseur/woordvoerder volksgezondheid, dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag. Annamarieke Boersma is beleidsmedewerker volksgezondheid/ projectleider nota volksgezondheid, dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag.

In Den Haag zijn duidelijke gezondheidsverschillen, die worden veroorzaakt door sociaal-economische en sociaal-culturele factoren. Iemand die alleen de basisschool heeft bezocht, leeft bijna vijf jaar korter én gemiddeld twaalf jaar langer in ongezondheid dan iemand met meer opleiding. Dat is onacceptabel. De Haagse gezondheidsverschillen zijn inmiddels wel gestabiliseerd, maar ze zijn er nog steeds. Het terugdringen van gezondheidsachterstand heeft de komende jaren daarom de hoogste prioriteit. We zien vooral in de Haagse stadsdelen Centrum, Laak, Escamp en Segbroek gezondheidsachterstanden. De afgelopen jaren is met succes gewerkt in de zes wijken met de grootste gezondheidsachterstand. We breiden onze inzet nu uit naar alle veertien wijken met een achterstandsscore in deze vier stadsdelen.

Hoe ziet deze Haagse aanpak van gezondheidsachterstanden er uit?

Drie elementen kenmerken onze aanpak voor de periode 2007-2011: de Hagenaar centraal, samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen en met hulpverleners én het voortdurend evalueren en monitoren van maatregelen.

De Hagenaar centraal

Bij de aanpak van gezondheidsachterstand staan de Hagenaars centraal. Ons uitgangspunt is: niet óver maar mét hen beslissen! Zij weten het beste wat er speelt en welke oplossingen nodig zijn. Wij gaan nu nog te vaak uit van statistische gegevens: we constateren probleem x, we bedenken oplossing y. De beste aanpak start echter bij de Hagenaar zelf. Bovendien zijn veel Hagenaars vanuit hun cultuur of achtergrond al bewust of onbewust bezig met gezondheid. Ik weet bijvoorbeeld dat het in bepaalde culturen heel gewoon is om iedere dag een gezonde salade bij het warme eten te serveren. Op die gezonde tradities moeten we meer inhaken, want die kunnen als voorbeeld dienen voor andere groepen. Wanneer we zo'n positieve insteek kiezen, wordt het ook makkelijker om over dingen te praten die beter kunnen. We zoeken aansluiting bij de belevingswereld van de mensen. Zo komen 'gezonde boodschappen' beter aan. Ik wil meer de dialoog aangaan, om te achterhalen wat er leeft in de gemeenschap. Hoe kunnen we mensen mobiliseren, zodat ze zich actief inzetten voor een goede gezondheid. Niet belerend zijn, maar mensen uitdagen! We zetten verschillende instrumenten in om dit te realiseren. In de stadsdelen met gezondheidsachterstand is bijvoorbeeld een 'kernnetwerk' opgezet, dat wijkbewoners ondersteunt bij het nemen van gezonde initiatieven.



Wethouder volksgezondheid Bert van Alphen.

Samenwerking van gemeente en hulpverleners

Alle gemeentelijke diensten hebben invloed op de gezondheid van Hagenaars. Dat is niet uitsluitend het domein van de sector volksgezondheid. Bij de bouw van nieuwe woningen is verbetering van de gezondheid niet het primaire doel. Maar als er voldoende groen en speelruimte komt, is dat goed voor de gezondheid van Hagenaars die er gaan wonen. Wij willen daarom graag samen werken aan een gezond Den Haag. Het college van B&W en de ambtelijke organisatie steunen dit uitgangspunt. Het is belangrijk dat gemeentelijke diensten zich bewust zijn van hun positieve bijdrage aan de gezondheid van Hagenaars. De meerwaarde van samenwerken wordt steeds duidelijker. De indeling van de nieuwe nota volksgezondheid laat dit goed zien: gezond wonen, gezond aan het werk, gezond op school etcetera. Dit is een belangrijke ontwikkeling: we dringen gezondheidsachterstanden terug en boeken tegelijk winst op andere terreinen! Het gaat niet alleen om samenwerking binnen de gemeentelijke organisatie. De samenwerking met en tussen Haagse instellingen is net zo belangrijk. Denk bijvoorbeeld aan intensieve samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg en

het STIOM. Verschillende professionals hebben hard (samen)gewerkt om het Haagse initiatief 'Bewegen op recept' tot een succes te maken. Dit initiatief is nu opgenomen in de zorgverzekering. Dat is een enorme opsteker voor de Haagse professionals en hun manier van samenwerken.

Effectieve maatregelen en initiatieven

We willen dat onze maatregelen en initiatieven effectief zijn. Dan hebben we de grootste kans om met succes gezondheidsachterstanden terug te dringen. Daarom werken we zoveel mogelijk met methoden die hun nut hebben bewezen. Sommige maatregelen en initiatieven zijn nieuw. Door monitoring en evaluatie onderzoeken we dan of deze inspanningen effectief zijn.

Welke concrete gezondheidsproblemen geeft u prioriteit de komende jaren?

In de nieuwe Haagse nota volksgezondheid 2007-2011 staan álle onderwerpen die de komende jaren onze aandacht krijgen. Een brede aanpak is nodig. We weten namelijk nog niet exact welke maatregelen het meest effectief zijn om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Sommige onderwerpen krijgen natuurlijk wel meer prioriteit dan andere. Twee voorbeelden zijn overgewicht en alcoholgebruik.

Ongeveer 18 procent van de Haagse kinderen heeft overgewicht. Veel mensen vinden het al bijna normaal om enig overgewicht te hebben. Maar dat is het niet! Het is echt een probleem. Het duurde bij mij ook even voor ik dit op het netvlies had, maar nu is het heel duidelijk: te veel kinderen zijn te zwaar. Dit geldt zelfs voor mijn kleinkinderen. Ik bemoei me daar ook mee en ik geef zelf het goede voorbeeld. Natuurlijk niet op een belerende manier. Het gaat soms om kleine dingen. Gezond eten, voldoende bewegen, actief bezig zijn in plaats van voor de televisie hangen. Het begint bij het goede voorbeeld geven. We gaan de komende jaren (opnieuw) stevig inzetten op het bestrijden en voorkómen van overgewicht.

Een ander belangrijk probleem is alcoholgebruik (misbruik). Veel mensen vinden het drinken van alcohol gezellig en normaal, het hoort er bij. De industrie probeert alcoholgebruik ook een positief imago te geven. Ze investeren veel geld in reclames. Het is moeilijk om te praten over alcohol als 'gif', als iets dat heel ongezond is. Toch weten we dat alcohol vaak tot problemen leidt. Bij huiselijk geweld is bijvoorbeeld vaak sprake van overmatig alcohol-

gebruik. Ook de combinatie van alcohol en drugs of alcohol en medicijnen leidt vaak tot problemen. Hagenaars bewust maken van de nadelige effecten van alcoholgebruik, dat is een enorme uitdaging. We willen een omgeving creëren, waar alcoholgebruik geen vanzelfsprekende keus meer is. Bijvoorbeeld door het 'alcoholvrij' maken van bepaalde ruimtes. We maken nu een uitgebreid plan van aanpak, samen met onder meer sport, horeca en onderwijs.

U legt de nadruk op het belang van samenwerking. Samenwerking intern, maar ook samenwerking met professionals en wijkbewoners. Dit laatste is een mooi streven. Zij weten heel goed welke problemen er spelen en welke oplossingen gewenst zijn. Maar is het uitvoerbaar?

Ja, het is uitvoerbaar. Het aangaan van de dialoog met Hagenaars is een noodzakelijke voorwaarde voor effectief beleid. We zijn daar al mee begonnen in de aanloop naar de nieuwe nota. Een goed voorbeeld is de bijeenkomst in buurthuis 'de Mussen'. Daar waren veel enthousiaste mensen die graag wilden meepraten over gezondheid. Het resultaat is dat wij veel informatie krijgen, waar we onze acties op kunnen baseren. Tegelijk bieden wij de aanwezigen steun bij het nemen van initiatieven om de gezondheid te verbeteren. Het is ontzettend belangrijk om goed naar elkaar te luisteren en ook waardering uit te spreken voor de vele goede initiatieven die er al zijn.

Mensen met 'gezonde' initiatieven kunnen gebruik maken van het wijkactiebudget. Een voorbeeld van zo'n initiatief is het organiseren van een wandeling naar gezondheidsinstellingen in de wijk. Het budget is ook bedoeld voor Haagse professionals. STIOM gaat de zorg- en dienstverleners in de vier stadsdelen met gezondheidsachterstanden nóg beter ondersteunen bij afstemming en samenwerking. In stadsdeel Centrum experimenteren we nu met een gezondheidsmakelaar. Deze makelaar stimuleert samenwerking tussen alle partijen die direct of indirect bezig zijn met gezondheid. We willen alle kansen benutten om de gezondheidssituatie in de wijk verder te verbeteren. Met deze infrastructuur is het betrekken van bewoners en professionals heel goed uitvoerbaar!

Effectieve maatregelen, concrete doelen, monitoring, evaluatie; het zijn begrippen waar steeds meer de nadruk op ligt. Hoe zorgt u er voor dat doelen en resultaten op het gebied van volksgezondheid concreet en meetbaar zijn?

Ik wil natuurlijk het liefst concrete en meetbare

resultaten. Dat is ook een verwachting vanuit de politiek: harde zichtbare resultaten op korte termijn. Maar hier ontstaat een spanningsveld. Als het over gezondheid gaat, is het behalen van korte termijnresultaten een lastige opgave. Je kunt programma's uitvoeren om gezondheid te bevorderen, maar vaak duurt het lang voor je daadwerkelijk resultaten ziet. Te veel nadruk op cijfers is niet goed. Je verliest dan uit het oog wat er achter de cijfers zit, wat er echt aan de hand is. In de nota *Natuurlijk: gezond!* kiezen we voor een middenweg: we formuleren de doelen zo scherp mogelijk. Tegelijk houden we oog voor het verhaal achter de cijfers en realiseren we ons dat niet alles in cijfers is uit te drukken.

U mag als wethouder Volksgezondheid een ideaalplaatje schetsen van Den Haag over twintig jaar.

Hoe ziet dat plaatje er uit? Wat is er veranderd?

De gezondheidszorg moet voor alle Hagenaars toegankelijk zijn. Dan denk ik aan laagdrempelige (gezondheids)centra op centrale plekken in de stad. Deze centra helpen je als je ziek bent, maar geven ook advies over hoe je gezond kunt blijven. En er zijn dan geen gezondheidsachterstanden meer in Den Haag.

De afgelopen periode is het gelukt om de achterstanden te stabiliseren. Ze zijn niet meer toegenomen. Dat is een heel belangrijk resultaat. We hebben beweging veroorzaakt en dat moeten we nu doorzetten. Het 100 procent opheffen van gezondheidsachterstanden is wellicht niet reëel, maar met 80 procent ben ik al heel tevreden!

Kruiden en kwalen

Streven naar verantwoord gebruik

C.M.J. Kraetzer

In de loop van het project 'De Thuisdokter' bleek dat wijkbewoners, cursisten en deelnemers van voorlichtings-bijeenkomsten nogal eens onderling informatie uitwisselden over het gebruik van kruiden en huismiddeltjes bij alledaagse kwalen. Het onderwerp riep levendige discussies en heftige emoties op. Er werd opvallend vaak gebruik gemaakt van natuurlijke geneeswijzen. Over het project 'De Thuisdokter' (periode 1996-2006) is eerder gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin (1)(2). Het project beoogde de autonomie van Hagenaars te vergroten bij gezondheidsklachten die men meestal zelf kan verhelpen of die vanzelf overgaan. Uit vrees voor onverantwoord gebruik van kruiden en huismiddeltjes is een werkgroep ¹ opgericht die zich in dit gebruik ging verdiepen, met als resultaat het project 'Kwalen en kruiden'. Onderstaand artikel illustreert het gebruik van kruiden en huismiddelen en gaat in op plannen voor de toekomst ².

Algemeen gebruik, maar...

In vrijwel alle culturen worden geneeskrachtige kruiden gebruikt bij alledaagse kwalen als hoofdpijn, maagklachten of stress. De werking van deze kruiden is veelal niet wetenschappelijk bewezen en berust over het algemeen op ervaring. Het gebruik van kruiden wordt vaak van generatie op generatie doorgegeven. Kruiden kunnen echter ook gevaarlijk zijn. Soms combineren ze slecht of helemaal niet met bepaalde door artsen voorgeschreven medicijnen. Daarnaast kunnen ze (gevaarlijke) bijwerkingen veroorzaken en tot problemen leiden, bijvoorbeeld bij kinderen, zwangere vrouwen of in combinatie met (reguliere) medicijnen.

Voorbeeld van een ongewenste interactie:

Sint Janskruid (Hypericum perforatum) tegen depressie en de anticonceptiepil ter voorkoming van zwangerschap: de hormonen van de pil worden sneller afgebroken doordat het kruid de omzetting in de lever bevordert met risico op zwangerschap tot gevolg.

Veel problemen rondom het gebruik van de middelen vloeien ook voort uit het feit dat producten in

Nederland op verschillende manieren worden verhandeld, als gezondheidsproduct, als homeopathisch of als regulier geneesmiddel. De hieraan gekoppelde verschillen in kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid leiden tot verwarring bij gebruikers en leveranciers. Door de invoering in 2001 van het Warenwetbesluit Kruidenpreparaten is de verkoop van producten waarin toxische plantendelen zijn verwerkt, verboden en moeten fabrikanten altijd een gebruiks- en doseringsadvies op de verpakking en bijsluiter vermelden. Maar dat is niet afdoende omdat kruiden ook worden meegenomen uit het land van herkomst. Omdat het natuurlijke middelen betreft gaan veel mensen ervan uit dat het gebruik ervan zonder risico is. Het onderschatten van de effecten van kruiden (al dan niet in combinatie met reguliere medicijnen) kan dus gevaarlijk zijn.

Een globale inventarisatie van gebruik

In Nederland maakt één op de zes inwoners gebruik van alternatieve geneeswijzen, waaronder homeopathie en natuurgeneeskunde, zo berekende het

¹ Leden werkgroep: Yolanda Brouwer (bioloog, Stichting BOOG); Els Enting (cultureel antropoloog, GGD afdeling Gezondheidsbevordering), Stans Kraetzer (cultureel antropoloog, GGD afdeling Gezondheidsbevordering), Piet Molenaar (huisarts), Hanna Mulder (ervaringsdeskundige, organisatie 'Kaabassi') Anissa Veenendaal (apotheker), Tinde van Andel (ethnobotanicus, Universiteit Utrecht, Nationaal Herbarium Nederland).

² Dankzij een financiële bijdrage van Fonds 1818 en het Haagse programma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' kon het project tot stand komen.

Over de auteur:

Stans Kraetzer, cultureel antropologe, werkzaam op de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag.

Centraal Bureau voor de Statistiek (3). Het blijkt dat artsen de omvang van het gebruik onderschatten. Ze vragen er ook zelden naar. En (huis)artsen en apothekers hebben er geen zicht op omdat de meeste van de in de handel zijnde middelen vrij verkrijgbaar zijn en patiënten hun arts niet op de hoogte stellen van hun gebruik. Om meer zicht te krijgen op het gebruik van geneeskrachtige kruiden onder Hagenaars van niet-Nederlandse afkomst en/of een lage sociaal-economische status, heeft onlangs onder hen - aan de hand van een korte vragenlijst - een globale inventarisatie plaats gevonden. Ze zijn actief benaderd - pragmatisch, zonder steekproefkader- door de Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC'ers) op voorlichtingsbijeenkomsten, informatiemarkten en festivals (Milan en Haschiba), of thuis bezocht. Docenten van de Mondriaan Onderwijsgroep verzamelden informatie onder deelnemers van NT2/inburgeringslessen. Soms werd een les of bijeenkomst aan het thema gewijd. Er zijn 269 (gedeeltelijk) ingevulde vragenlijsten ingezameld. De leden van de werkgroep hebben de informatie geïnventariseerd en beoordeeld.

Uit de verzamelde informatie blijkt dat de respondenten kruiden gebruiken, omdat ze van mening zijn dat ze goed helpen, het van hun ouders hebben geleerd, kruiden minder kans op bijwerkingen geven, beter zijn dan via recept van de huisarts verkregen medicijnen of omdat ze goedkoper zijn. Advies over kruiden kwam nooit van de huisarts en zelden van de apotheek. Vaak werden kruiden gebruikt na aanraden door familie of vrienden.

De respondenten schreven op de vragenformulieren soms hele verhalen en de migrantenvoorlichters vertelden wat zij te horen hadden gekregen. Hieronder staan enkele voorbeelden van gebruik van middelen bij koorts, hoesten en ter verhoging van de weerstand.

Bij koorts: insmeren met witte azijn (Soedan); een ui doorboren met een appelboor, dit gat vullen met basterdsuiker. De ui in plasticfolie een nachtje wegzetten. De volgende dag van het sap van de ui en suiker een lepeltje nemen (Nederland); een aardappel in plakjes onder de voet of onder een hoofddoek zou de koorts weg doen trekken; handen in rozenwater wassen; deppen met azijn en water; citroen op sok smeren; zwarte bessensap; takjes van de mataratumboom (*Gliricidia sepium*) op het laken leggen, de bladeren zuigen de koorts op (Curaçao).

Bij hoesten: vermindert door honing met citroen (niet voor kinderen onder 1 jaar); citroen met honing en olijfolie



Illustratie: Hildo Cohen

koken; een theelepeltje pekmes, een Turkse druivenstroop op de nuchtere maag 's morgens; pepermunt in melk of muntthee; melk met een beetje honing en het geel van een ei; tijgerolie met zwarte koffie en sinaasappelsap.

De respondenten uit de enquêtes gaven aan dat ze tegen hoesten o.a. gebruiken: knoflook, gember, nootmuskaat, geelwortel, mosterdolie, mint, citroen, tijm, mint, nane (*Mentha Sp.*) en courgettepit.

Bij weerstand: verbetert door paardenbloem, zeezout, zeewier, honing, zwart zaad (*Nigella sativa*), knoflook, salie, geelwortel, zwarte peper, krenten, karniempoeder (Ayurvedisch kruidenmengsel).

Kruiden worden door veel mensen gebruikt, ook al is de uitwerking vaak niet bekend:

“Ik gebruik sommige soorten kruiden, omdat de dokter mij soms niet de medicijnen geeft die ik wil. Ik weet niet zeker welk effect ze hebben, maar ze zijn zeker gezond en ik neem ze om gezond te blijven.”

Het kan ook heel verkeerd uitpakken om een advies van ondeskundigen op te volgen:

“Een kennis had ergens last van. Haar werd verteld dat ze een soort blad moest stampen en het sap opdrinken.

Het sap was heel bitter. Ze is eraan gestorven.”

“Een tante had als kind iets aan haar oog. Haar moeder werd door andere vrouwen geadviseerd om een bepaald kruid te zoeken en uit te persen en het oog met de melkachtige vloeistof te druppelen. Mijn tante is blind

geworden aan dat ene oog.” (Marokko)

“Twee jaar nadat ik getrouwd was had ik een miskraam (3 of 4 maanden zwanger). In het dorp was geen arts. Ik hoorde op een feest dat je zelf een miskraam kan opwekken zodat je baby eruit komt, opdat je opnieuw zwanger kan worden. Je moet tabak, die gesnoven wordt, met andere kruiden mengen en zo ver mogelijk in je vagina inbrengen. Ik heb dat gedaan. Ik vergeet die dag nooit. Ik heb zoveel pijn geleden. Ik heb de hele nacht niet kunnen slapen. De volgende dag heeft een vrouw de kruiden eruit geaald. Ik bleef weken pijn houden. Ik ben nu 32 jaar, getrouwd en heb geen kinderen. De dokter zei dat mijn eileiders en baarmoeder beschadigd zijn. Ik was jong en ik wilde heel graag kinderen. Ik heb naar die vrouwen geluisterd en heb er nu nog spijt van.” (Marokko)

Het gebruik van kruiden kan mensen in verwarring brengen, bijvoorbeeld als de informatie die in het ene land gegeven wordt heel anders is als die in een ander land of wanneer ze in combinatie met medicijnen worden gebruikt.

“Ik heb in eigen land van dokters geboord dat je geen olie in je oor mag doen. In Nederland mag dat wel. Ik wil even weten, wanneer het wel en wanneer het niet mag.” (Somalië)

“Ik gebruik geen kruiden en medicijnen samen, want dan kan ik niet meer weten wat mij geholpen heeft, de kruiden of de medicijnen.”

Ten slotte staat in het kader hiernaast van drie van de meest genoemde kruiden aangegeven bij welke kwalen de respondenten ze naar eigen zeggen gebruiken. Ook is aangegeven -gebaseerd op wetenschappelijke bronnen- waarop de gebruiker bedacht moet zijn (4)(5)(6).

En nu verder...

Zorgverleners, in bijzonder huisarts en apotheek, kunnen moeilijk voorbij gaan aan het brede spectrum van gebruik van geneeskundige kruiden. Het komt veel voor en is niet zonder risico's. Voor hen is het van belang kennis te hebben over de mogelijkheden en gevaren van de kruiden om de kruidengebruiker te kunnen begeleiden. Omdat er ook bij de kruidengebruiker behoefte is aan informatie, is deskundige voorlichting van belang. Naar de mening van de werkgroep kan de apotheker als medicatiebewaker een belangrijke rol vervullen bij het signaleren van en waarschuwen voor ongewenste interacties tussen geneesmiddelen en kruiden(preparaten). Maar

Gember

Genoemd gebruik:

Respondenten vertelden gember te gebruiken bij hoesten, griep, verkoudheid, het verbeteren van de spijsvertering, nervositeit, keelpijn en diarree.

Waarschuwing:

Zonder een medicus te raadplegen kan gember beter niet gebruikt worden bij hoge koorts, galstenen, maag- en darmzweren, hoge bloeddruk, in de laatste dagen voor een chirurgische of tandheelkundige ingreep, bij bloedingen, in combinatie met bloedverdunners en door kinderen onder zes jaar. Bij rauwe gember wordt bij zwangeren twee gram per dag als maximale dosering aangehouden.

Zwart zaad

Genoemd gebruik:

Respondenten vertelden zwart zaad te gebruiken o.a. bij suikerziekte, reuma, impotentie, buikpijn, griep, verkoudheid, keelpijn, allergie, hooikoorts, benauwdheid en preventief om gezond te blijven.

Waarschuwing:

Er zijn weinig onderzoeken bekend naar de veiligheid van zwart zaad. Het gebruik door zwangere vrouwen en kinderen wordt afgeraden. Gebruik door volwassenen lijkt vooralsnog geen problemen op te leveren.

Salie

Genoemd gebruik:

Respondenten vertelden salie te gebruiken voor een betere weerstand (bij griep/verkoudheid), tegen slapeloosheid, bij maag- en/of buikpijn, bij diarree en ter ondersteuning van de lever.

Waarschuwing:

De in de plant voorkomende stof thujon is bij langdurig gebruik of in grote hoeveelheden giftig. Niet te gebruiken tijdens de zwangerschap en bij epilepsie. Bij een verhoogde bloeddruk en in het geval van diabetes is voorzichtigheid geboden en dient men te overleggen met de behandelaar.

patiënten moeten ook meer uitgenodigd worden hun behandelaar (huisarts en specialist) op de hoogte te stellen van hun kruidengebruik, zonder angst dat het gebruik op zichzelf wordt afgewezen. De afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag heeft momenteel een folder beschikbaar waarin patiënten worden gewaarschuwd voor de risico's van gebruik van geneeskrachtige kruiden en huis-middeltjes bij alledaagse kwalen en waarin ze worden geadviseerd hun (huis)arts of apotheker op de hoogte te stellen.

De afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag gaat samen met het Nationaal Herbarium van de Universiteit van Utrecht een onderzoek doen onder Surinamers naar het gebruik van geneeskrachtige kruiden. Behalve in Den Haag zal het onderzoek ook plaatsvinden in Amsterdam en Utrecht. Per stad zullen 100 Surinamers worden geïnterviewd.

Meer informatie over het project 'Kwalen en kruiden' kunt u inwinnen bij de GGD Den Haag, afdeling GezondheidsBevordering, Thorbeckelaan 360 2564 BZ Den Haag, tel. 070 - 353 72 66, email c.kraetzer@ocw.denhaag.nl. Daar kunt u ook de brochure opvragen: 'Kwalen en kruiden: het gebruik van geneeskrachtige kruiden en huismiddeltjes bij alledaagse kwalen.'

Literatuur

1. Bree KIM. Tips voor de Thuisdokter. Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag 2002; 37 nr. 1: 22-6.
2. Kraetzer CMJ. Thuisdokter blijft. Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag 2006; 41 nr. 1: 27-9.
3. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, studenteneditie juni 2004; 7 (2): 37.
4. Schultz V, Hänsel R, Blumenthal M, Tyler VE. Rationale Phytotherapie: a Physicians 'Guide to Herbal Medicine. ISBN: 3-540-40852-0. Berlin: Springer Verlag, 2004.
5. Verhelst G. Groot handboek geneeskrachtige planten. ISBN: 90 80778427. Welvergem: BVBA Mannavita, 2004.
6. Schaaf HJ van der. Vademecum voor de phytotherapie. Leiden: Stafleu & Zn, 1985.

korte berichten

Actueel

Haags zorgportaal in werking

Tegelijk met de presentatie van de nieuwe nota volksgezondheid *Natuurlijk: gezond!* door wethouder Bert van Alphen is het Haagse zorgportaal in werking gesteld. Dit webportaal, www.welzogezond.nl, biedt toegang tot dagelijks geactualiseerde informatie over gezondheid, welzijn en zorg. Wie de website aanklikt vindt korte mededelingen over een ruime hoeveelheid onderwerpen, met doorklikmogelijkheid voor verder informatie. Voor professionals biedt het portaal de mogelijkheid om met een password in gesloten domeinen te komen, waar ze met collega's in een beschermde omgeving informatie kunnen uitwisselen. Verder bevat het portaal een digitale sociale kaart met de adresgegevens van zorg- en welzijnaanbieders in de buurt, de mogelijkheid interactief deel te nemen aan forumdiscussies en een online agenda. Het is de bedoeling dat www.welzogezond.nl zich de komende tijd ontwikkelt tot een belangrijk hulpmiddel voor inwoners van Den Haag en de professionals die in de stad werken bij het vinden van hun weg op het terrein van volksgezondheid en welzijn.

Overgewicht middelbare scholieren

Bijna 90% van de schoollocaties van middelbare scholen heeft een kantine, al dan niet met een frisdrankautomaat, in 77% van de locaties staat een snoepautomaat. Scholen zouden dus het voedingsaanbod aan de scholieren kunnen

beïnvloeden door het aanbod van de kantines te veranderen en de automaten de deur uit te doen. Toch zijn de scholen dat niet direct van plan: slechts een kwart van de scholen is van plan het komende half jaar het aanbod te veranderen.

Verbeteringen zijn mogelijk maar slechts één op de drie scholen besteedt buiten het reguliere onderwijs aandacht aan het thema overgewicht. De scholen zeggen wel in de toekomst meer aandacht te zullen besteden aan het onderwerp. Gezien de verwachte toename van overgewicht onder jongeren in Nederland is het van belang dat deze voornemens ook in praktijk worden gebracht. GGD-en en gemeenten kunnen de scholen ondersteunen bij een goede aanpak van overgewicht. Een en ander blijkt uit de eerste landelijke enquête naar de preventie van overgewicht op middelbare scholen in Nederland. De nationale enquête *'Overgewichtpreventie in het voortgezet onderwijs' 2007* werd ingevuld door ruim 500 schoollocaties. Het onderzoek werd uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met het nationaal gezondheidsinstituut NIGZ, in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meer informatie op www.rivm.nl.

Ook bij matig overgewicht meer kans op hartziekten

Niet alleen mensen met zwaar overgewicht, maar ook mensen met matig overgewicht hebben een verhoogde kans op hartziekten, respectievelijk 80% en 30%. Slechts de helft van het verhoogde risico is te verklaren door de

ongunstige effecten van overgewicht op bloeddruk en cholesterol. Op basis van verzamelde gegevens van ruim 300.000 mensen toont RIVM onderzoek aan dat ook matig overgewicht meer kans geeft op hartziekten.

Overgewicht kan op verschillende manieren leiden tot coronaire hartziekten. Het kan voor type 2 diabetes zorgen, een aandoening die hartziekten kan veroorzaken. Bovendien zou het kunnen dat vetweefsel stoffen afgeeft die de bloedstolling versnellen en daarbij een ontstekingsreactie veroorzaken.

Vanwege het grote aantal mensen dat in de toekomst zal lijden aan een hartziekte is meer aandacht voor preventie en behandeling van overgewicht in de gezondheidszorg dringend noodzakelijk. Er kan niet langer worden volstaan met (medicamenteuze) behandeling van hoge bloeddruk of het cholesterolgehalte. Vorig jaar overleden in Nederland bijna 12.500 mensen aan coronaire hartziekten. Meer informatie op www.rivm.nl.

Cursussen

Visie op de public health

Definities, paradigma's en internationale perspectieven op public health. Vanuit een historisch perspectief ontwikkelt u een visie op de toekomstige samenhang en organisatie van de public health.

Doelgroep: de beleidsadviseur, projectleider en leidinggevende met relevante werkervaring op academisch niveau in de

publieke gezondheidszorg.
Data: donderdag en vrijdag 10, 11, 17 en 24 januari 2008
Kosten: € 1260

Opleiding tot Arts Maatschappij en Gezondheid

De opleiding tot Arts Maatschappij & Gezondheid is een combinatie van onderwijs bij de NSPOH en praktijkopleiding. De opleiding kent twee fasen van registratie. Het beroepsgerichte deel met:

- sociaalgeneeskundige basismodulen
- profielprogramma's waaronder infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg, forensische geneeskunde, sociaal-medische indicatiestelling, beleid & advies.
- verbredend en verdiepend keuzeonderwijs

In de tweede fase staan beleid, management en wetenschappelijk onderzoek centraal.

Doelgroep:

1e fase: artsen die werken in de Public Health zoals basisartsen met enkele jaren werkervaring (curatief en/of preventief) en zich willen specialiseren op het terrein van maatschappij en gezondheid.
2e fase: diegenen die het gehele traject tot een registratie als arts maatschappij en gezondheid willen afronden.

Data: Start 1e fase op 15 januari 2008, start 2e fase op 22 januari 2008.

Projectmanagement

Vergroot uw vaardigheden om uw projecten planmatig aan te pakken en te coördineren.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de public health
Data: woensdag 16 en 23 januari, 13 februari 2008

Kosten: € 945

Introductie in de infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding

Maak kennis met de basisprincipes van infectieziektebestrijding, de belangrijkste nationale en regionale partners en belangrijke infectieziekten.

Doelgroep: artsen AGZ, jeugd-, huis- en bedrijfsartsen en andere artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding.

Data: vrijdag 25 januari en 1 februari 2008

Kosten: € 620

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Werk aan een eigen (beleids-)notitie, publicatie of final paper en leer hoe u helder, onderbouwd en overtuigend kunt schrijven.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de public health
Data: dinsdag 29 januari, 5 februari en 4 maart 2008

Kosten: € 945

Trends in Public Health problemen en aanpak

U verbindt de belangrijkste inzichten en initiatieven in andere public health disciplines met uw eigen werkcontext om te komen tot oplossingsrichtingen voor complexe, multi- en interdisciplinaire vraagstukken.

Doelgroep: de beleidsadviseur, projectleider en leidinggevende met relevante werkervaring op academisch niveau in de publieke gezondheidszorg.
Data: donderdag 31 januari, 7 en 14 februari 2008

Kosten: € 945

Timemanagement voor professionals in de Public & Occupational Health

Hoge betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel en een vaak commerciële omgeving, vragen een specifieke aanpak en beïnvloeding

van uw tijdgebruik. De workshop is hier specifiek voor opgebouwd.

Doelgroep: professionals in de

Public & Occupational Health

Datum: donderdag 31 januari 2008

Kosten: € 360

Locatie: Nunspeet

Hoe werkt een gemeente, formeel en informeel?

Binnen een politieke organisatie als de gemeente, heerst een andere dynamiek dan binnen

professionele organisaties als

GGD, GGZ en thuiszorg. Met

inzicht in het formele en informele proces opereert u effectiever in de richting van gemeenten.

Doelgroep: managers, projectleiders of andere professionals die in hun werk te maken hebben met

(medewerkers van) gemeenten en meer zicht willen krijgen om de

structuur, dynamiek en

verhoudingen binnen een

gemeente.

Data: woensdag 12 maart 2008

Kosten: € 315

Evidence based werken in de public health

Evidence based werken is actueel in de public health. Verbeter de

wetenschappelijke onderbouwing

van uw activiteiten, de werk-

methoden en beleidsmaatregelen.

Doelgroep: de beleidsadviseur,

projectleider en leidinggevende

met relevante werkervaring

op academisch niveau in de

publieke gezondheidszorg.

Data: donderdag 27 maart, 3 en

24 april, 15, 29 mei, 19 juni 2008

Kosten: € 3090

Tenzij anders vermeld, worden alle cursussen gegeven op de locatie

NSPOH Amsterdam. Nadere

informatie via www.nspoh.nl,

telefoon 020-5664949 en

info@nspoh.nl.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 3^{de} kwartaal 2007

ziektecategorie	overig	peuterspeelzaal	school	KDV	kindercentrum	Totaal
Hersenvliesontsteking			1			1
Huidziekten		1		2		3
Luchtweginfecties			1			1
Maag-darmaandoening	1					1
Vlekjesziekten				2	2	4
totaal	1	1	2	4	2	10

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2007, voor de stad Den Haag

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

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief de meldingen van TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het derde kwartaal 2007 gemeld (135), is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2006 (91). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verhoogd aantal gevallen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Zeven vrouwen en 2 mannen van diverse leeftijden werden gemeld. De besmetting vond plaats in diverse landen, waarvan 3 in Nederland. Bij de in Nederland besmette personen was het niet mogelijk de bron met zekerheid te achterhalen.

Buiktyfus

Bij 1 vrouw van 37 jaar is buiktyfus vastgesteld, opgelopen in Bangladesh.

Hepatitis A

Er zijn 2 mannen en 1 vrouw met hepatitis A aangegeven.

Besmetting vond in 2 gevallen plaats in Israël en 1 keer in Turkije.

Hepatitis B

Het aantal chronische hepatitis B meldingen (35 chronische gevallen) is vergelijkbaar met het vorige kwartaal. Er waren evenveel vrouwen als mannen. De meeste patiënten zijn afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend, maar vermoedelijk is er vaak sprake van transmissie binnen het gezin.

Drie mannen liepen acute hepatitis B op, waarvan 2 waarschijnlijk via onbeschermd seksueel contact.

Hepatitis C

Er zijn 2 gevallen van acute hepatitis C gemeld. Deze volwassen mannen zijn mogelijk besmet door bloed bij het gebruik van hulpmiddelen bij seksuele contacten.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (54) is hoger dan het aantal gevallen in hetzelfde kwartaal van 2006 (20).

Deze toename is tevens een landelijke trend. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal boven de 10 jaar. De

bescherming van het kinkhoest vaccin neemt af met de leeftijd.

Legionellose

Er werden dit kwartaal 7 mensen met legionellose gemeld. Bij 2 gevallen van deze ernstige longziekte was de bron een besmetting in het waterleidingstelsel van een groot ziekenhuis, waar in het tweede kwartaal al over gemeld is. Een geval is besmet in een aanleunwoning van een verpleeghuis en mensen zijn in het buitenland besmet. Voor de overblijvende 2 gevallen die in Nederland zijn besmet, is geen bron aangetoond.

Malaria

Het betreft 4 kinderen en 7 volwassenen die hoofdzakelijk in Ghana en Nigeria zijn besmet. Bij deze patiënten kon de besmetting toegeschreven worden aan het niet innemen van profylaxe.

Meningokokkose

Er is bij 1 man van 42 jaar en 1 kind van 1 jaar meningokokkose (hersenvliesontsteking) gemeld. Allebei zijn besmet door een meningokok van het type C waartegen sinds 2004 op de leeftijd van 14 maanden wordt gevaccineerd.

Ornithose/psittacose

Een man van 54 jaar, vogel-liefhebber, is besmet met deze

bacterie die door zieke vogels op de mens overdraagbaar is. De infectie kan aanleiding geven tot een longontsteking. Testen op vogels thuis en in vogelwinkels, bezocht door de patiënt, hebben geen bron kunnen aantonen.

Voedselinfecties

Er zijn 7 gevallen van voedselinfectie gemeld. Het betrof 5 personen die meldingsplichtig zijn omdat zij in de zorg of voedselbereiding werkzaam zijn, en 2 gevallen waar 2 of meer personen door een zelfde voedingsbron besmet zijn.

Infectieziekten gemeld door instellingen

Het aantal meldingen uit instellingen was aanmerkelijk lager dan het aantal meldingen gedurende het derde kwartaal 2006 (28). Daarvoor is geen verklaring. Bij vlekjesziekten gaat het meestal om vermoedens van de vijfde ziekte, rodehond en roodvonk. Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven en scholen die deze aandoeningen gemeld hebben.

Meldingen tijdens het derde kwartaal van 2007, voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

In het derde kwartaal zijn er drie meldingen van Bacillaire dysenterie geweest. Het ging in alle gevallen om een *Shigella sonnei*. Twee patiënten zijn in Marokko geweest, de andere patiënt was in Tsjechië.

Hepatitis A

Drie meldingen van hepatitis A. Eén bron is onbekend gebleven maar bevond zich wel in Nederland. De andere 2 meldingen betroffen broertjes. Een ander kind uit dat gezin was in Irak geweest en had contact gehad met een Icterisch familielid. Dat kind heeft waarschijnlijk de twee broertjes besmet.

Hepatitis B

Er zijn 14 meldingen van hepatitis B geweest, waarvan er 2 keer sprake was van een acute hepatitis B.

Kinkhoest

Er waren 111 meldingen van kinkhoest. Het aantal kinkhoestmeldingen is het derde kwartaal weer wat hoger dan in het tweede kwartaal (87) en eerste kwartaal (34).

Legionellose

Drie meldingen van Legionellose. Mogelijke bronnen bevonden zich in Spanje, Frankrijk en Marokko.

Meningokokkose

Er zijn twee meldingen van meningokokkose geweest. Het betrof een vrouw van 73 jaar met een meningokok type B en een kind van zeven jaar met een type C. Het kind was vanwege verblijf in het buitenland niet gevaccineerd.

Malaria

Er waren drie meldingen van malaria. Het gaat om een *Plasmodium vivax* uit Ethiopië en een *Plasmodium falciparum* uit Gambia en Ghana. Over de inname van profylaxe is geen duidelijkheid verkregen.

Tuberculose

Er waren vijf meldingen van tuberculose.

Voedselinfectie

Er is 1 melding van een voedselinfectie geweest, van een vrouw die in de zorg werkte.

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 derde kwartaal 2007			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag 3e kw. 2007	GGD-Zuid-Holl. West 3e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2006 **)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2006 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2006 **)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	9	4	13	10	9	10	9	32	18
	buiktyfus	1	1	2	2	1	1	1	4	3
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease				2				2	1
	hepatitis A	3	3	6	13	11	2	3	11	16
	hepatitis B *)	38	14	52	52	66	55	57	164	136
	hepatitis C	2		2	1	1			3	1
	kinkhoest	54	111	165	57	85	68	117	350	156
	legionella pneumonie	7	3	10	6	7	8	9	27	10
	mazelen									
	meningokokkose	2	2	4		1	3	3	10	9
	paratyfus A				1		2			3
	paratyfus B (C)						2			2
	tuberculose	35	5	40	30	33	38	42	120	104
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	7	1	8	8	2	5		13	12
C-ziekten	brucellose				1					1
	E.coli 0157									2
	leptospirose					2				1
	malaria	11	3	14	7	1	8	3	25	19
	ornithose/psittacose	1		1	1	1			1	3
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal	170	147	317	192	220	201	244	762	497	

*) 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, 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).

