



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 38, 2003, nummer 3

Inhoud

Redactioneel

Volksgezondheid

Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (II)
Gebruik in een sociale omgeving

Interview met coördinator van het Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld (RSSG),
Bert Groen

Protocol overgewicht in gezondheidscentrum De Rubenshoek te Den Haag:
de eerste ervaringen

Korte berichten

Colofon

september 2003, 38ste jaargang nr. 3

Redactie

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

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 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.*

Druk/Lay out

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 redactie-
secretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van
tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactie-
secretariaat 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
Volksgezondheid	
• Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (deel II) Gebruik in een sociale omgeving <i>P. van Gelder, P. Reinerie, I. Burger</i>	2
• ‘Onze voornaamste zorg is dat de kwaliteit van opvang en hulp op peil blijft’ interview met Bert Groen, coördinator Regionaal Steunpunt Seksueel geweld <i>W. van Rijssel</i>	12
• Protocol overgewicht in gezondheidscentrum De Rubenshoek te Den Haag: de eerste ervaringen <i>M.J.A. Traa, I.M. van der Meer, M. Sibeijn, Z. Yilmaz, A. Laghzaoui, R. Verbage, T. Kraan</i>	16
Korte berichten	22

Redactioneel

De juiste balans?

In dit septembernummer van het bulletin thema's die op het eerste gezicht niet veel met elkaar van doen hebben: geweld in de privé-sfeer, uitgaan en genotmiddelengebruik en overgewicht. Desondanks zijn er verbanden. Wat te denken van groepsgedrag en persoonlijke keuzen, eigen verantwoordelijkheden en verantwoordelijkheid van de samenleving, en hoe intervenueer je in multiproblematiek?

Het artikel over uitgaan en genotmiddelengebruik betreft een verdieping van de sociaal culturele context van het uitgaansleven in Den Haag en het gebruik van genotmiddelen. Interessant is de vraag of en hoe de uitkomsten van dit onderzoek zullen leiden tot aanpassingen in de interventiestrategieën vanuit het Haagse preventiecircuits. Nieuwe vormen van samenwerking en wijziging van rolopvatting behoren hier wellicht tot de mogelijkheden. Dit artikel biedt volop de gelegenheid om met een andere bril te kijken naar bekende materie en een andere balans te vinden.

Het artikel over overgewicht beschrijft een project gericht op afvallen. De gezamenlijke inzet van hulpverleners in diverse zorgdiciplines lijkt effectief, mits men adequaat weet samen te werken. Een nieuwe balans vinden lijkt hier letterlijk en 'figuurlijk' aan de orde.

Samenwerking staat ook centraal in het interview met het RSSG over 'geweld achter de voordeur'. Het stimuleren en faciliteren van samenwerking in een hulpverleningsketen is een lastige opgave. Het RSSG beweegt zich op het snijvlak van hulpverlening en openbare orde en veiligheid. Samenwerking stimuleren tussen deze sectoren is bij uitstek een kwestie van de juiste balans vinden in de eigen rol ten opzichte van die van de ander.

Het vinden van de juiste balans is kijken naar de ander vanuit minder voor de hand liggende perspectieven, complementair zijn aan de ander en vertrouwen stellen in de professionaliteit van de ander. De juiste(!) balans bestaat misschien niet, een nieuw evenwicht vinden is echter vaak wel mogelijk.

Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (II)

Gebruik in een sociale omgeving

P. van Gelder, P. Reinerie en I. Burger

In het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin presenteerden we de eerste resultaten van het Haags uitgaansonderzoek¹ (1). In 2002 is dit onderzoek in Den Haag voor het eerst – bij wijze van pilot – uitgevoerd. In 2003 en komende jaren zal er een vervolg aan worden gegeven. In het juni-nummer van het Epidemiologisch Bulletin is ingegaan op de opzet en de gekozen methodieken van het onderzoek. Bij de resultaten is vooral het gebruik van alcohol, soft- en harddrugs onder 'uitgaanders' beschreven. De onderzoekers hebben mensen in de leeftijd van 16 tot 35 jaar die met enige regelmaat uitgaan in Den Haag, gevraagd naar hun alcohol- en druggebruik. Ook hebben zij gesprekken gevoerd met insiders uit het uitgaansleven over wat deze zien en horen over middelengebruik onder uitgaanders. Verder is in 2002 een start gemaakt met verschillende vormen van veldonderzoek en searches op internet. Naast het verzamelen van kennis over het genotmiddelengebruik is in dit onderzoek ook gekeken naar uitgaansoriëntaties van de uitgaanders en de sociale kansen en risico's die daarmee gepaard gaan. Het middelengebruik vindt immers altijd plaats in een sociale omgeving, in dit geval vooral de uitgaanswereld. Dit vervolgartikel gaat in het bijzonder in op dit sociaal-culturele aspect van 'uitgaan' en de betekenis daarbij van alcohol en drugs. Door het middelengebruik tijdens het uitgaan in een bredere context te plaatsen kan het beter worden begrepen en mogelijk beïnvloed, teneinde het risicovolle gebruik te verminderen. Alcohol- en druggebruik kent prettige effecten maar zeker ook riskante. Het consumeren kan aangename onbezorgde gevoelens oproepen en een gevoel van samenhang. De andere kant van de medaille is dat

het de gezondheid kan schaden, tot verslaving kan leiden en mogelijk nadelige gevolgen heeft voor de directe omgeving van de uitgaander. Preventie van risicovol middelengebruik is hier van belang en heeft de meeste kans van slagen wanneer men weet aan te sluiten bij de leefwereld van de uitgaander. In dit kader is kennis over dat wat de leefwereld van de uitgaande jongere (mede) bepaalt onontbeerlijk.

In het Haags uitgaansonderzoek is speciaal aandacht besteed aan het uitgaanskarakter van het genotmiddelengebruik, en wel vanuit twee invalshoeken, het marktperspectief en het cultuurperspectief. In dit artikel komen beide perspectieven na elkaar aan de orde. Naast genotmiddelen onderscheiden we nog andere voor jongeren onmisbare middelen in het uitgaansleven, zoals audio-visuele middelen. Al deze soorten middelen worden in dit onderzoek bekeken op hun gebruikswaarde voor jongeren tijdens het uitgaan. Vanuit deze benaderingswijze kijken we naar samenhangen tussen muziekvoorkeur en genotmiddelengebruik. Met behulp van de in 2002 in het Haags uitgaansonderzoek verzamelde gegevens over de favoriete muzieksoort van uitgaanders en het gebruik van alcohol, cannabis, XTC of cocaïne wordt een mogelijk verband concreet gemaakt.

Dit tweede artikel is vrij theoretisch van karakter. De nadruk ligt op de sociale omgeving en de bredere culturele context waarin uitgaande jongeren genotmiddelen gebruiken. Deze benaderingswijze zal in de komende onderzoeksjaren met nieuw verzamelde gegevens, verdere invulling en uitwerking krijgen.

Over de auteurs:

Dr. Paul van Gelder, wetenschappelijk onderzoeker bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), circuit Verslavingszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag;

Pascale Reinerie, preventiefunctaris op de afdeling Verslavingspreventie, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag en Irene Burger, projectcoördinator, wetenschappelijk medewerker op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag en ten tijde van het onderzoek tevens bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), circuit Verslavingszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

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

Het marktperspectief

Vanuit het marktperspectief gedragen uitgaande jongeren zich als consumenten die hun kansen benutten maar zich onderwijl ook blootstellen aan lichte of zwaardere risico's. Kenmerkend voor het marktperspectief is de driedeling tussen:

- een *vraagzijde*, die voornamelijk wordt gevormd door uitgaande jongeren;
- een *aanbodzijde*, die bestaat uit horeca-ondernemers, horecapersoneel, de organisatoren van party's, drankleveranciers, smartshops, en zo meer;
- *flankerende instellingen en organisaties* zoals de GGD, de verslavingszorg, de politie en justitie, de brandweer en andere (gemeentelijke) diensten.

In de consumptiemaatschappij die zich in de naoorlogse jaren ontwikkelt, krijgt de (westerse) jeugd een andere sociaal-culturele status, jongeren gaan een eigen deelmarkt vormen, de 'teenager' wordt geboren (2)(3). Vanaf de vroege jaren vijftig verschijnen er meer en meer consumptie-artikelen die speciaal voor groepen jongeren worden ontworpen. Mode-kleding, cosmetica, 45-toeren grammofoonplaten, transistorradio's, brommers, en zo veel meer. Gemiddeld hebben jongeren in deze jaren ook steeds meer te besteden. Binnen deze eigen deelmarkt past het jongeren zich zelfstandiger en mondiger te gedragen. Het bedrijfsleven richt zich dankbaar op de trends, modes en hypes onder jongeren. Vanuit het marktperspectief hebben bedrijven er baat bij vooruit te lopen op hun concurrenten.

Het uitgaansleven is voor veel jongeren het moment om 'de bloemetjes buiten te zetten'. Hierop blijkt de consumptie van genotmiddelen van grote invloed. In veel reclames, zoals voor bier of rum, wordt door de producent direct ingespeeld op dit gevoel van ongedwongen onder elkaar zijn. Dit brengt ons op een ander oriëntatiepunt van het marktperspectief: de bijzondere aandacht voor 'typische uitgaansdrugs'. Het bekendste voorbeeld is XTC dat in de loop van de jaren tachtig ook in Nederland een populair genotmiddel is geworden op houseparty's (4)(5).

Door uit te gaan en via het uitgaansleven geven jongeren uitdrukking aan hun *eigen* leefwereld. Met elkaar geven jongeren ook vorm aan de ene of de andere uitgaansscene waarin zij zichzelf herkennen, hun vrienden ontmoeten of een partner vinden. Deze *gezamenlijkheid* van jongeren in het uitdrukking geven aan het uitgaansleven kan worden beschouwd vanuit het cultuurperspectief dat we nu bespreken.

Het cultuurperspectief

Vanuit het cultuurperspectief gezien zijn uitgaande jongeren en de diverse aanbieders (zoals muzikanten, DJ's en ondernemers) in de uitgaanswereld cultuurmakers. De aanbieders doen dit deels met een commercieel oogmerk en deels om artistieke of culturele redenen.

Uitgaan speelt zich typisch af in de vrije tijd. De uitgaanswereld verschilt van de hiërarchisch geordende 'buitenwereld'. Onder uitgaande jongeren onderling wegen informele relaties en persoonlijke netwerken doorgaans zwaarder dan gezagsposities. Het aanbod is erop gericht dat de jongeren zich vermaken.

In de vrijetijd sfeer hebben zij de meeste kansen om uitdrukking te geven aan hun gezamenlijke interesses en persoonlijke voorkeuren.

Het ontstaan van karakteristieke (sub)culturele patronen onder jongeren heeft deels te maken met de eerder vermelde veranderde consumentenstatus van jongeren. Jongeren hebben de uitdrukkelijke behoefte hun leefwereld te onderscheiden van de culturele omgeving van hun ouders: ze ontplooiën eigensoortige leefstijlen en subculturen of nemen ze over. Zo is in de naoorlogse jaren een veelheid aan jeugdsubculturen tot bloei gekomen, van nozems tot punkers, van hippies tot skinheads (6). Dergelijke subculturen verdwijnen meestal ook weer uit het straatbeeld met het aantreden van een nieuwe generatie jongeren. In de popularisering van nieuwe stijlen onder jongeren speelde de pop- en rockmuziek al vroeg een dominante rol, en dat is nog steeds zo.

De Amerikaanse antropoloog Clifford Geertz (1973) benadrukt de *symbolische* dimensie van cultuur (7). Volgens zijn uitleg hebben mensen niet enkel de materiële behoefte om te eten, te drinken of te wonen. Mensen onderscheiden zich van dieren door hun behoefte om te symboliseren (8). Dit doet zich zeker in het uitgaansleven voor. Voor Geertz is cultuur een voortdurend en dynamisch proces van betekenis geven, van expressie in woorden en symbolen. Hij legt de nadruk op de expressieve/symbolische aspecten van cultuur. Vanwege de opkomst van allerlei technische apparatuur – televisie, computer, geldautomaat, videocamera, en dergelijke – heeft de benadering van Geertz in de tegenwoordige tijd enige aanvulling. Technische apparaten zijn steeds nadrukkelijker sociaal aanwezig, ook in het uitgaansleven. De jukebox, bijvoorbeeld: je hoeft niet meer per se naar een live-optreden. In de jaren negentig heeft het aanvankelijk tweederangs beroep van discjockey (DJ) dankzij de techniek een supersterrenstatus verworven (9)(10)(11).

De 'technische wending' in het cultuuronderzoek raakt algemeen aan de aandacht voor het technische/ instrumentele karakter van de menselijke samenleving.

Met deze wisselwerking tussen technische/instrumentele en expressieve/symbolische aspecten van cultuur komen we tot de samengestelde definitie van 'cultuur': *een samengesteld en veranderlijk geheel van technische/instrumentele en expressieve/symbolische omgangsvormen tussen mensen in uiteenlopende sociale omgevingen en contexten.*

'Middelen' en hun gebruikswaarden in het uitgaansleven

In deze tijd van technologisch vernuft is uitgaan niet meer denkbaar zonder gebruik van apparaten, producten en middelen. Naast een keur aan audiovisuele middelen op het gebied van licht en geluid, is er bijvoorbeeld de trendy scooter of mobiele telefoon. Voor het Haags uitgaansonderzoek brengen we de veelheid aan apparaten, producten en middelen (kortweg: 'middelen') terug tot een zestal hoofdsoorten, te weten:

- audiovisuele middelen, bestaande uit apparatuur voor het produceren en/of verspreiden van muziek, beeldmateriaal en lichteffecten (muziekinstrumenten, draaitafels, platen en cd's, geluidsboxen, microfoons, lichtapparatuur, videoschermen);
- genotmiddelen en consumpties (onder andere alcohol en drugs);
- kleding en accessoires (uitgaanskleren, lichtgevende sieraden, piercings);
- vervoermiddelen (auto's, scooters, openbaar vervoer, taxi's);
- communicatiemiddelen (waaronder entreekaartjes, flyers, posters, computers en websites, mobiele telefoons, spuitbussen);
- beheersings-, bewakings- en testsystemen (detectiepoortjes, videocamera's, airconditioning, rookdetectors, pillentest-middelen, maar ook garderobes waar jassen worden beheerd).

In technisch/instrumenteel opzicht spelen deze uiteenlopende soorten middelen vooral een bemiddelende rol in het uitgaansleven van jongeren. Ze worden door jongeren op velerlei manieren gebruikt om hun uitgaansleven vorm te geven: om cultuur te maken. Dit gebruik kan intensief of kortstondig zijn, voor de gezelligheid, om 'uit je dak te gaan', en zo meer. Met een mobiele telefoon kan de ene jongere de andere heel liefdevol uitvragen.

Deze verschillende manieren van gebruik, die we hier *gebruikswaarden* zullen noemen, kunnen we indelen naar een aantal gemeenschappelijke kernwaarden:

- materiële gebruikswaarden;
- zintuiglijke gebruikswaarden;
- symbolische gebruikswaarden.

De materiële gebruikswaarden verwijzen naar het technisch/instrumentele aspect van cultuur. Zintuiglijke en symbolische gebruikswaarden refereren aan het expressief/symbolische aspect van cultuur. Alle drie geven op eigen wijze betekenis aan het uitgaansleven van jongeren.

De gebruikswaarden zijn altijd opgenomen in een uitgaansomgeving (de uitgaansscene), een centrale noemer waarop subgroepen van uitgaande jongeren elkaar vinden. Gemakshalve rekenen we ook de fysieke uitgaansomgeving en zijn karakteristieke ligging (ergens buiten, in het stadscentrum, enz.) hiertoe. Behalve de materiële voorzieningen, zoals gebouwen, bars en dancevloeren, maken allerlei soorten mensen deel uit van de sociale omgeving. In uitgaansgelegenheden werken portiers, DJ's, muziekgroepen, horeca-uitbaters en anderen. Ook de ouders van jongeren kunnen direct van betekenis zijn. Behalve de omgeving zijn er uiteraard de uitgaande jongeren zelf. Dikwijls hebben zij sociale netwerken van vrienden, vriendinnen, goede bekenden en anderen met wie zij het nachtleven induiken. Voor veel jongeren is uitgaan een groepsgebeuren. Een ander deel van de jongeren gaat liever stappen met een vaste vriend of vriendin. Jongeren duiken niet allemaal even diep het nachtleven in. Niet alle jongeren doen even prettige ervaringen op tijdens het uitgaan. Terwijl de ene jongere al jarenlang in het circuit rondloopt komt de andere pas kijken. Om dit soort redenen verschillen jongeren in hun ervaring met wat zijzelf van het uitgaansleven (weten te) maken. Deze ongelijke 'ervaringsdeskundigheid' betekent dat uitgaande jongeren uiteenlopend betrokken zijn bij de eerder onderscheiden gebruikswaarden.

We kunnen deze ervaringsverschillen benaderen vanuit drie verschillende invalshoeken.

De eerste benaderingswijze staat in het teken van *toegankelijkheid*. Door gebruik te maken van de soorten middelen verkrijgen jongeren toegang tot de uitgaanswereld en de hierbij behorende ervaringen. Bij entreekaartjes en reclameposters voor een party is de toegangswaarde zonneklaar. Bij audiovisuele middelen is deze toegankelijkheid niet zo duidelijk. Toch mogen we gerust stellen dat er zonder swingende muziek sowieso weinig feestelijks te beleven valt. Kortom, alle onderscheiden middelen verschaffen jongeren op enigerlei manier toegang tot het uitgaansleven en tot de hierbij behorende mogelijkheden en ervaringen.

Volgens de tweede invalshoek geven gebruikswaarden van middelen op enigerlei manier *uitdrukking of expressie* aan het uitgaansleven en de hiermee verbonden ervaringen. Bij uitgaanskleding ligt deze uitdrukking voor de hand. Jongeren laten ermee zien dat ze uitgaan. En ze maken duidelijk, dat ze naar een danceparty of ergens anders heengaan. Ook bepaalde genotmiddelen zoals XTC hebben inmiddels de naam een 'uitgaansdrug' te zijn. Een professionele muziekgroep of DJ weet het uitgaansgevoel onder jongeren zo te bespelen, dat zij inderdaad 'uit hun dak gaan'. Kort gezegd, gebruikswaarden dragen bij aan de algehele uitdrukkingwijze van het uitgaansleven. Wel geeft de ene soort gebruikswaarde meer dan de andere aan jongeren het gevoel werkelijk 'uit te zijn'.

Een derde ingang is de waarde die veel middelen hebben voor de *gezondheid en veiligheid* van de uitgaanders. Op het gebied van gezondheid gaan jongeren deels af op wat zij informeel horen van andere jongeren uit hun netwerk. Jongeren kunnen voor hun vragen vaak ook terecht bij professionele informatiestands op party's, websites over het verantwoord gebruik van genotmiddelen en informatiefolders in displays. Via pillentesten kunnen jongeren meer aan de weet komen over de pillen die zij gekocht hebben. En portiers bemiddelen niet alleen in de toegang tot een uitgaansgelegenheid. Ze zijn er ook voor het handhaven van de orde en de veiligheid en volgen hierin hun 'eigen' deurtradities. Nog een voorbeeld zijn de plakaten met huisregels in uitgaansgelegenheden. Bij deze derde benaderingswijze gaat het zeker ook om de wetenschappelijk gefundeerde meetinstrumenten voor het bepalen van mogelijke overlast of schade (zoals geluidsmeters, rookdetectors en de pillentest) en om de professionele praktijken om hiermee om te gaan.

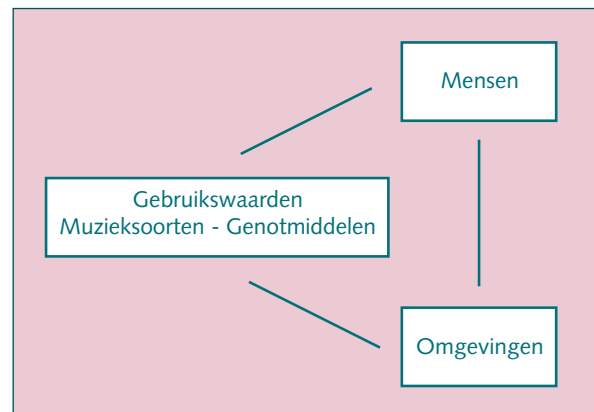
Samenvattend. Terwijl het marktperspectief bij uitgaande jongeren is gericht op de wisselwerking tussen vraag en aanbod, staat de wisselwerking tussen toegankelijkheid en expressiviteit centraal in het cultuurperspectief. Daarnaast hebben gezondheid en veiligheid betekenis voor de uitgaanservaringen van jongeren.

De samenhang tussen muziksoorten en genotmiddelen

In het eerste onderzoeksjaar 2002 hebben we aandacht geschonken aan de samenhang tussen twee soorten middelen uit de rij mogelijkheden: muziksoorten en soorten genotmiddelen. In het volgende schema hebben we deze samenhang in beeld gebracht binnen de uitgaansscene.

Schema 1:

Muziksoorten en soorten genotmiddelen in samenhang



De betekenis van de samenhang kan worden ingedeeld naar de drie gebruikswaarden die we eerder formuleerden. Ter toelichting geven we enkele voorbeelden.

Een symbolische samenhang

In zijn artikel over de consumptie van popmuziek betoogt David Buxton dat: 'popmuziek een symbolische waarde vertegenwoordigt, die vooral wordt uitgedragen door popsterren. Zij staat voor een reeks levensstijlen. Daardoor is popmuziek in staat gebleken effectief te kunnen functioneren in het organiseren van de consumptie van met die levensstijlen verbonden producten (12).'

Kort gezegd, Buxton verbindt een bepaalde levensstijl met een bepaalde uitgaansstijl die weer is geassocieerd met bepaalde soorten middelen, waaronder genotmiddelen. In hun klassieker *'The speed culture: amphetamine use and abuse in America'* maken Grinspoon & Hedblom een eveneens symbolisch onderscheid tussen marihuana en amfetamine (13). Zij stellen dat hasjrokers anti-kapitalistische waarden vertegenwoordigen, terwijl het amfetaminegebruik versterkend zou werken op de wedijverende, agressieve, individualistische tendensen van de westerse industriemaatschappij.

Een zintuiglijke samenhang

De zintuiglijke samenhang tussen muziksoorten en soorten genotmiddelen in het uitgaansleven is het meest uitgesproken in de literatuur over dancemuziek. Zo schrijft Simon Reynolds in zijn interessante boek *Energy Flash* uitgebreid over 'de muzikale toepassingen' van XTC (14).

Volgens Reynolds reikt de samenhang tussen ecstasy-gebruik en 'rave'-muziek veel verder dan de symbolische leefstijl-kenmerken van kaal geschoren koppen, Aussi-broeken en Tommy Hilfiger kleding. Er is sprake van een zintuiglijke samenhang waarin de wisselwerking tussen muziek en roesmiddel versterkend inwerkt op de beleving van de toehoorder-gebruiker.

Een materiële samenhang

Materieel gezien weegt het zwaarst dat de 'performance' van de muziek, parallel aan de verzelfstandiging van het roesmiddelengebruik, in de loop van de twintigste eeuw een technische wending heeft doorgemaakt.

Door middel van radio's, grammofoonplaten, televisies, cassettebandjes en cd's dringen live-optredende bands en zangers tot in de huiskamers door. In de uitgaansgelegenheden ondervinden zij steeds meer concurrentie van DJ's. Met het losbarsten van de housemuziek aan het eind van de jaren tachtig brachten DJ's het zelfs tot een sterrenstatus (11). Door deze ontwikkeling is het mogelijk geworden om het beluisteren van muziek en het gebruik van roesmiddelen op willekeurig welke plaats te combineren. Naast deze geografische verspreiding beschikken partyorganisaties tegenwoordig ook over uitgebreide, technische apparatuur voor het produceren van beats en het mixen van geluiden, al dan niet gecombineerd met rookgordijnen, videobeelden en lichteffecten. Interessant hierbij is bijvoorbeeld de vraag in hoeverre verschil tussen live-muziek of elektronische muziek enig verschil uitmaakt voor het drank- en druggebruik van de uitgaanders. Een onderwerp dat we in de toekomst graag nader willen bekijken.

In het pilotjaar van het Haags uitgaansonderzoek hebben we niet de ambitie de betekenis van de mogelijke verbanden tussen muzieksoorten en soorten genotmiddelen te doorgronden. We doen een eerste stap door te kijken naar een mogelijke samenhang tussen beide soorten middelen. Het gaat dan om het gelijktijdig optreden van bepaalde muzieksoorten en soorten genotmiddelen. We beperken ons hierbij tot de belangrijkste vier genotmiddelen zoals ze uit het Haags uitgaansonderzoek naar voren zijn gekomen: alcohol, cannabis, XTC en cocaïne (1). Voor het onderscheid naar muzieksoort hebben we gekeken naar de indeling die grote muziekwinkels in Den Haag aanhouden. Deze indeling hebben we afgezet tegen de uitgaansgelegenheden en evenementen in Den Haag, waar voornamelijk jongeren komen. We onderscheiden drie hoofdstromingen.

Pop/Rock/ ²

Pop/Rock/ maakt deel uit van de hoofdstroming die in Den Haag momenteel veruit dominant is. Pop/Rock-muziek is dat ook op wereldniveau (15). De bakermat van de pop/rock-muziek is het stedelijk Amerika van vlak na de Tweede Wereldoorlog (16)(17). Hoewel het Engels nog steeds de dominante voertaal is, worden pop- en rocksongs tegenwoordig gezongen in zowat alle werelddalen. De hoofdstroming Pop/Rock/ omvat overigens een hele waaier aan genres zoals hardrock, punk, heavy metal, gothic, die we ook in Den Haag tegenkomen.

Dance/House/Techno/

De tweede hoofdstroming stamt uit de jaren tachtig van de twintigste eeuw. Dance/House is elektronische muziek die wordt gedraaid door een DJ. Het meest opvallend zijn de beats (BPM = Beats Per Minute), naar believen instelbaar op een drummachine. De dancescene barstte begin jaren tachtig eerst ondergronds los in steden als Chicago, New York en Detroit, toen de disco-muziek over haar hoogtepunt heen was (18)(19). Deze hoofdstroming stond eerst bekend als 'acid' en later als 'house'. In het midden van de jaren negentig zette ook de Nederlandse 'gabber' internationaal een trend maar die is nu wel voorbij (20).

Op een gabbersite troffen we de volgende fan van deze muziekstijl:

Gedicht: 'Het Gabber Gevoel ...

Het beste gevoel op deze hele wereld

Dat je met een paar duizend andere mensen uit je plaat loopt te gaan.

Op de beste, hardste en ruigste muziek van de wereld.

Niemand van de harde kern zal je aan de kant zien staan.

Het gevoel in je buik van de harde bassdrums.

De piep in je oor van het overstuurde geluid.

De mc (Master of Ceremony, red.) die in de mic loopt te schreeuwen.

Dan komt de bass en daar gaat de bele muid.

Met de hele zaal HOLLAND roepen,

Omdat het onze muziek is.

*Je hoort het van alle **die hard** groepen*

Alle andere stijlen zijn kattepis.

*Nergens kan je zo uit je dak gaan als op **HARDCORE**.*

Nergens zijn de drums en geluiden zo hard.

En omdat het zo'n goed gevoel geeft daardoor,

Zijn wij gabbers in nier en hart!

² Met het schuine streepje aan het eind geven we aan dat onder deze categorie meer muziekgenres kunnen worden ingedeeld.

Hiphop/Rap/+R&B

De derde hoofdstroming is Hiphop/Rap/. Deze is ontstaan in de wijk The Bronx in New York in de jaren zeventig van de twintigste eeuw (21). De etnische oorsprong is vooral Afro-Amerikaans (22). In de beginjaren bestond hiphop uit vier onderdelen: rappen, het draaien als DJ, break dancing, het spuiten van graffiti. Hiervan trekt rap-muziek algemeen de meeste aandacht. Een controversieel genre is de zogenaamde 'gangsta-rap' vanwege de agressieve teksten. Hierin is de 'straterigheid' nog steeds te horen (23). Dit neemt niet weg dat Hiphop/Rap/ onderwijl 'mainstream' is geworden (24). Ook in Nederland geniet Hiphop/Rap/ een grote populariteit. In 2002 stond het nummer *Dansplaat* van Brainpower wekenlang bovenaan de hitlijsten. Toen hiphop eenmaal internationaal doorbrak vond deze hoofdstroming al gelijk veel weerklank in de Haagse regio. Zo vertelde een Schilderswijkse jongeman ons de volgende herinnering uit de jaren tachtig, toen hij een tiener was:

'In '85, '86 toen was het nog echt hiphop en breakdance, bubbling. Dat is echt de mooiste tijd die ik heb meegeemaakt. Je had allemaal verschillende groepen. Die wijk had die groep, die wijk had die groep. Ik was met een groepje van zes jongens. Meestal ging eerst degene die de minste bewegingen kon maken die ging dan een andere groep uitdagen. En dan gingen we battelen. Dan kwamen de grotere spelers, grotere dansers naar voren toe en werd het een hele wedstrijd. We legden kartonnen dozen plat op de grond en dan stond je tegenover elkaar en ging je dansen. Wie het mooiste kon dansen en wie de mooiste bewegingen kon maken en het juiste kon breakdancen, die had gewonnen. Dat waren de beste dan. D'r stond altijd een hele grote groep omheen. Dat was echt eh... in Den Haag was dat de hele tijd je van het. Binnen in sportzalen, buiten in de Van der Neerstraat, de Boerenstraat.'

The Hague Hiphop 2002 vond rond een buitenpodium plaats. Toch spelen hiphop en breakdance zich in Den Haag tegenwoordig vooral in zalen en dancings af. De hedendaagse vorm van R&B hebben we vanwege de associatie met bubbling muziek ondergebracht bij deze muzieksoort.

Uitkomsten schriftelijke enquête onder uitgaanders

Uitgaanders hebben we in het Haags uitgaansonderzoek gericht gevraagd naar hun muziekvoorkeur: *Wat is op dit moment jouw favoriete muzieksoort?* Het was één van de zeventien vragen van de schriftelijke enquête die tussen 1 mei en 15 juli 2002 is uitgevoerd. De uitgaanders zijn op diverse lokaties benaderd.

- Bezoekers van dance- of houseparty's (120 deelnemers, respons 24%);
- Jonge uitgaanders in Den Haag-Centrum (40 deelnemers, respons 8%);
- Jonge uitgaanders in Scheveningen (15 deelnemers, respons 8%);
- Bezoekers van Parkpop 30-06-2002 (121 deelnemers, respons 24%);
- Jongeren/studenten in organisaties (23 deelnemers, respons 6%).

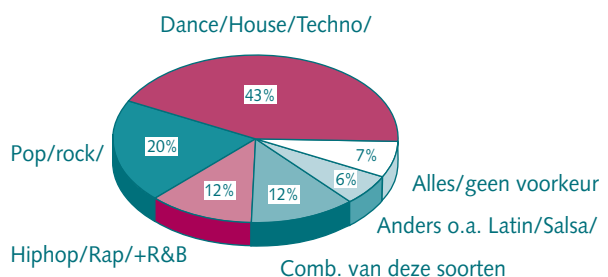
Dit leverde het volgende beeld op (zie figuur 1). Dance/House/Techno/ is met 43% veruit het meest genoemd. Het percentage dancefans is ruim tweemaal hoger dan dat van de pop/rockfans. Dit verschil is hoogstwaarschijnlijk beïnvloed doordat jongeren op danceparty's voor het invullen van de vragenlijst gericht zijn benaderd. Toch is ons ook uit andere bronnen gebleken dat dance- of housemuziek nog steeds populair is onder uitgaande jongeren in Den Haag.

Bij het verwerken van de ingevulde vragenlijsten bleken nogal wat deelnemers meer dan één muzieksoort te hebben aangegeven. Voor de duidelijkheid richten we ons nu op de bij elkaar 240 deelnemers, die één favoriete muzieksoort hebben aangegeven. Het alcohol-, cannabis-, XTC- en cocaïnegebruik bekijken we nu naar liefhebbers van Dance/House/Techno/; Pop/Rock/ en Hiphop/Rap/+R&B (zie figuur 2).

Van de drie muzieksoorten ligt het alcoholgebruik onder de fans van Hiphop/Rap/+R&B met 73% in de afgelopen week het laagst. Dit hangt mogelijk samen met de voorkeur van Turken en Marokkanen voor deze muzieksoort bij wie alcoholgebruik minder vaak voorkomt.

Figuur 1.

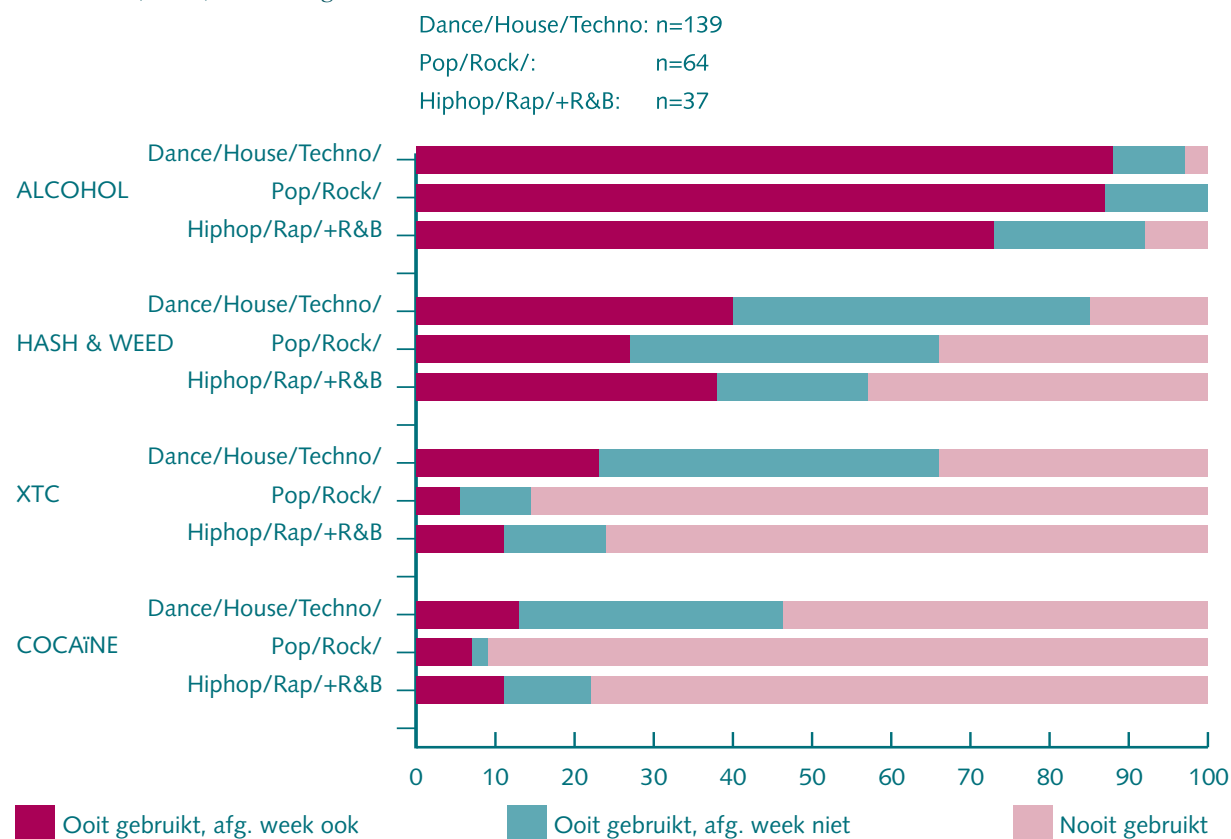
Favoriete muzieksoort(en) van de deelnemers aan de schriftelijke enquête (n=319). Den Haag 2002.



Excl. 1 deelnemer die hierover niets heeft ingevuld.

Figuur 2.

Gebruik van alcohol, hasj & weed, XTC en cocaïne onder deelnemers aan de schriftelijke enquête naar favoriete muzieksoort (n=240). Den Haag 2002.



Excl. 1 Dancefan die hierover niets heeft ingevuld

Toch is het meer aannemelijk dat hiphopfans eerder hasj & weed gebruiken dan alcoholische dranken: 38% gebruikte cannabis in de afgelopen week, tegen 27% van de pop/rockliefhebbers. Het cannabisgebruik in de afgelopen week ligt bij de hiphopfans wel ongeveer even hoog als bij de dancefans (40%). Tegelijkertijd blijkt 57% van de hiphopfans ooit cannabis te hebben gebruikt tegen 85% van de dancefans. Dat dit *ooit* gebruik van cannabis onder de hiphopfans zoveel lager ligt dan bij de dancefans betekent dat meer hiphopfans hiermee wellicht nog niet begonnen zijn gezien hun gemiddeld lagere leeftijd (respectievelijk gemiddeld 26 en 29 jaar). Uit de cijfers kunnen we opmaken dat van de drie genoemde muzieksoorten de pop/rockfans ten tijde van het onderzoek het minst op hebben met hasj & weed.

In de media overheerst nogal het beeld als zouden *alle* fans van Dance/House/Techno/ zich volledig te buiten gaan aan XTC-pillen (25). Als de uitkomsten van de schriftelijke enquête één ding laten zien is het wel de overtrokkenheid van deze beeldvorming.

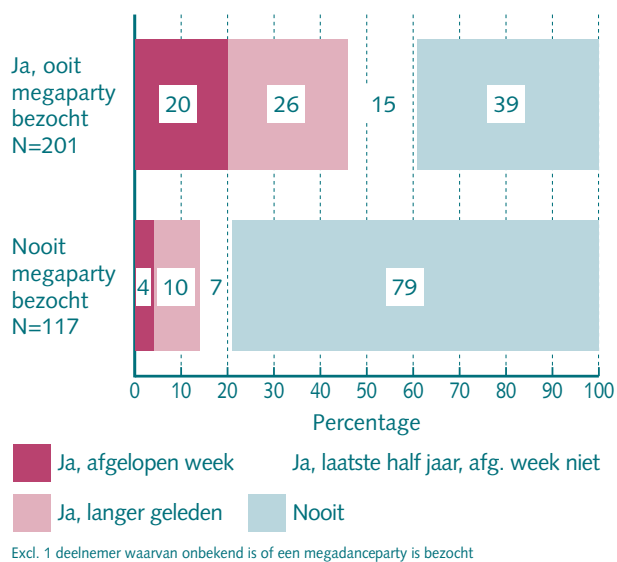
Van de 139 dancefans heeft 34%, dus eenderde, *nooit* XTC gebruikt. Deze uitkomst komt overeen met een ander resultaat uit de schriftelijke enquête: het ecstasygebruik onder 201 deelnemers die invulden *ooit* naar een megadanceparty te zijn geweest. 39% Van deze bezoekers, dus ruim eenderde, kruiste aan *nooit* XTC te hebben geslikt (figuur 3).

Vergeleken met de dancefans blijkt het ecstasygebruik onder de twee andere, onderscheiden subgroepen van muzikliefhebbers wèl veel minder uitgebreid te zijn. Van de pop/rockfans geeft 88% aan dat zij *nooit* een pil hebben geslikt; van de hiphopfans 76% (figuur 2).

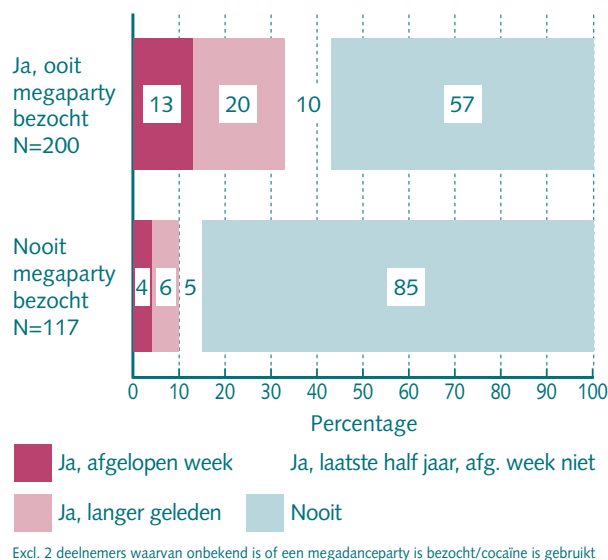
De cijfers over cocaïnegebruik geven een vergelijkbaar beeld te zien. Van de 139 dancefans heeft 53% *nooit* coke gebruikt, van de pop/rockfans 91% en van de hiphopfans 78%. Het percentage dancefans dat *nooit* coke gebruikte (53%) is vrijwel gelijk aan cokegebruikers onder uitgaanders die *ooit* een megadanceparty bezochten: 57% (zie figuur 2 en 4).

Figuur 3.

Gebruik van XTC naar bezoek megadanceparty onder deelnemers aan de schriftelijke enquête (n=319).
Den Haag 2002.

**Figuur 4.**

Gebruik van cocaïne naar bezoek megadanceparty onder deelnemers aan de schriftelijke enquête (n=319).
Den Haag 2002.



De onderlinge vergelijking tussen de drie soorten muzikfans verschaft het volgende beeld voor hun genotmiddelengebruik. Over het algemeen genomen vertoont het middelengebruik onder de dancefans de grootste verscheidenheid en de hoogste gebruiksniveaus. Behalve bij alcohol scoren dancefans bij al

deze middelen hoger dan de twee andere subgroepen van muzikfans. Deze bevinding komt opvallend overeen met de onderzoeksuitkomsten van Schotse collega's over 'ravers' (26)(27). Dit verschil is echter het meest opvallend voor het ecstasygebruik. In de Haagse uitgaanswereld is het gebruik van XTC inmiddels ook doorgedrongen in Hiphop/Rap/+R&B kringen. Toch blijkt XTC haar karakter van 'housedrug' zeker niet te zijn kwijt geraakt.

Van de drie onderscheiden muzieksoorten doet het middelengebruik van de pop/rockliefhebbers het meest conventioneel aan. Bij deze fans staat alcohol bovenaan de top met een percentage van 100% 'ooit gebruikers'. Hasj & weed volgt op duidelijke afstand met 66%, dus tweederde 'ooit gebruikers'. Afgaande op de schriftelijke enquête worden XTC en cocaïne slechts in beperkte kringen van pop/rockfans gebruikt.

Slotbeschouwing

2002 was een pilotjaar. Organisatorisch en methodisch moest het onderzoek worden opgezet en uitgewerkt. Het eerste jaar heeft al veel materiaal en inzichten geleverd. De in 2002 verzamelde gegevens bieden bovendien nog mogelijkheden tot nadere studie. Zo kunnen de profielen van niet-gebruikers van één of verschillende genotmiddelen nog worden verfijnd. Nieuwe informatie in 2003 verzameld, kan hierbij ook weer meer duidelijkheid verschaffen. Met de studie naar de samenhang tussen muzieksoorten en genotmiddelen gaan we in 2003 door. Ook schenken we meer aandacht aan de uitgaansscenes van allochtonen en hun genotmiddelengebruik bij het uitgaan. Bijzondere interesse zal verder uitgaan naar de samengesteldheid van uitgaansnetwerken in relatie tot het middelengebruik van jongeren. Voor de karakterisering van uitgaansscenes en -netwerken zijn behalve het gebruik van 'alcohol en drugs' en de 'audio-visuele middelen' voor het produceren en/of verspreiding van muziek ook 'kleding en accessoires' goed onderscheidend. Deze laatste groep 'middelen' zal in 2003 verder worden ingekleurd.

Kort samengevat is in 2002 het volgende beeld ontstaan over het genotmiddelengebruik onder uitgaanders in Den Haag (1).

- Alcohol, energy drinks en hasj & weed zijn de meest gebruikte legale/gedoogde genotmiddelen in het Haagse uitgaansleven.
- XTC en cocaïne zijn de meest gangbare illegale genotmiddelen in het Haagse uitgaansleven.
- Het gebruik van XTC lijkt zich onder uitgaande jongeren in Den Haag te hebben gestabiliseerd.

XTC heeft nog steeds het imago van een 'dance-drug'. Maar het gebruik heeft zich inmiddels verspreid over verschillende andere uitgaansscènes dan dance- en houseparty's.

- Er is sprake van een toenemende tendens in het gebruik van 'snuifcoke' in de Haagse uitgaanswereld. Deze tendens wordt ook landelijk onderuitgaande jongeren gesignaleerd.
- Natuurlijke peppers en GHB zijn alleen tamelijk populair in bepaalde kringen van uitgaande jongeren in Den Haag.

Het onderzoek was deels gericht op het verkrijgen van een cijfermatig overzicht van genotmiddelengebruik onder uitgaanders, dat als nulmeting kon gelden. Deze uitkomsten zijn vooral in het eerste artikel in het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin beschreven. Behalve de ontwikkelingen in het alcohol- en druggebruik onder groepen uitgaanders zijn eveneens de invloeden belangrijk die maken dat uitgaanders alcohol en drugs (veelvuldig) gebruiken. Daarvoor heeft een uitgebreide theoretische verdieping en beschrijving plaatsgevonden van de sociale context en betekenis van het uitgaan, de gedragsstijlen en de ervaring/beleving van uitgaanders, waarbij alcohol- en druggebruik een rol kan spelen. Hieraan is in dit artikel aandacht besteed. Via deze benadering wordt het middelengebruik niet als individueel gedrag gezien dat 'vanzelfsprekend' gemakkelijk gestart en gestopt wordt. Preventie-activiteiten gericht op het verminderen van riskant middelengebruik zullen met deze sociale betekenis meer en meer rekening moeten houden. Deze brede interesse in uitgaansmanieren heeft voor het onderzoek bovendien als voordeel dat het genotmiddelengebruik ook gemakkelijker bespreekbaar kan worden gemaakt. De focus op de combinatie middelengebruik *en* uitgaansculturen is ook gekozen omdat deze in het maatschappelijke debat en als gevolg daarvan in onderzoek, vaak onderbelicht blijft.

Nog afgezien of het waargenomen genotmiddelengebruik verrast, verontrust of om extra interventie vraagt, duidelijk is dat de bevindingen uit het Haagse uitgaansonderzoek laten zien dat middelen, zoals XTC of coke die vanwege hun onaanvaardbaar risico voor de gezondheid op de harddruglijst van de opiumlijst (lijst 1) zijn geplaatst, in het Haagse uitgaansleven regelmatig en veelal openlijk worden gebruikt. Dit geldt ook voor de softdrug cannabis waarvan men zich meer en meer bewust wordt van de schadelijke effecten (zoals concentratiestoornissen en kans op psychische stoornissen bij langdurig gebruik) mede als

gevolg van de hogere concentraties THC (Delta-9-TetraHydroCannabinol) die in deze softdrug worden aangetroffen. Deze democratisering in gebruik is niet typisch Haags en wordt elders in Nederland ook waargenomen. We zien eveneens dat lang niet iedereen gebruikt, voor sommigen is het geen (vast) onderdeel van uitgaan.

De vraag is in hoeverre we ons zorgen moeten maken: wat gaat goed en wat slecht in het genotmiddelengebruik onder jongeren? Moet het ontmoedigings/preventiebeleid ten aanzien van het (riskant) alcohol- en druggebruik worden bijgesteld? En zo ja, hoe? Welke aanpak is het meest effectief? Moeten nieuwe wegen worden bewandeld? Het zijn vragen die aan de orde zullen komen tijdens een expertsmeeting die in de loop van 2003 wordt georganiseerd en waarvoor beleidswerkers, onderzoekers en vertegenwoordigers van de horeca, organisatoren van evenementen en jongerenorganisaties worden uitgenodigd om hun gedachten erover te laten gaan.

Het rapport kan worden besteld (kosten € 15,00, excl. BTW en verzendkosten) bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag (email: b.schreiner-beynen@ocw.denhaag.nl; tel. 070 - 353 71 05)

Literatuur:

1. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (1). Epidemiologisch Bulletin 2003; 38 nr. 2: 2-13.
2. Bennett A. Popular music and youth culture. Hampshire: Palgrave, 2000.
3. Osgerby B. Playboys in paradise. Masculinity, youth and leisure-style in modern America. Oxford: Berg, 2001.
4. Korf DJ, Blanken P, Nabben T. Een nieuwe wonderpil? Verspreiding, effecten en risico's van ecstasygebruik in Amsterdam. Amsterdam: De Jellinek, 1991.
5. Wijngaart G. van de, Braam R, Bruin D de e.a. Ecstasy in het uitgaanscircuit. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1998.
6. Cohen S. Folk devils and moral panics: the creation of the Mods and the Rockers. Oxford: Blackwell, 1980.
7. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books, 1973.
8. Langer SK. Philosophy in a new key. Cambridge, Mass: Harvard University Press (1e druk: 1942), 1996.
9. Brewster B, Broughton F. Last night a DJ saved my life. The history of the disc jockey. Londen: Headline Book, 1999.
10. Haslam D. Adventures on the wheels of steel. The rise of the superstar DJs. Londen: Fourth Estate, 2001.

11. Poschardt U. DJ culture. Londen: Quartet Books, 1998.
12. Buxton D. De consumptie van popmuziek. Grafiet 3 1982; winter 82/83: 100-131.
13. Grinspoon L, Hedblom P. The speed culture: Amphetamine use and abuse in America. Massachusetts: Harvard University Press, 1975.
14. Reynolds S. Energy flash. A journey through rave music and dance culture. Londen: Macmillan, 1998.
15. Boomkens R. Sign of times. De popsong als volkslied van de globalisering. Amsterdam: Vossiuspers AUP, 2000.
16. Gillett C. The sound of the city. Amsterdam: Loeb, 1984.
17. Gilmore M. Night beat, a shadow history of rock & roll. New York: Picador, 1998.
18. Bidder S. Pump up the volume. A history of house. Londen: MacMillan, 2001.
19. Sicko D. Techno rebels. De renegades of electronic funk. New York: Billboard Books, 1999.
20. Gageldonk P. De gabberstory. Amsterdam: L.J. Veen, 2000.
21. Hager S. Hiphop. The illustrated history of break dancing, rap music, and graffiti. New York: St. Martin's Press, 1984.
22. Rose T. Black noise. Rap music and Black culture in contemporary America. Hanover: Wesleyan University Press, 1994.
23. Krims A. Rap music and the poetics of identity. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
24. Wermuth M. No sell out. De popularisering van een subcultuur. Amsterdam: Aksant, 2002.
25. Push, Silcott. The book of E. All about ecstasy. Londen: Book Sales, 2000.
26. Forsyth AJ, Barnard M, Neil P e.a. Musical preference as an indicator of adolescent drug use. *Addiction* 1997; nr 10: 1317-25.
27. Forsyth A, Barnard M. Relationships between popular music and drug use among Scottish schoolchildren. *The International Journal of Drug Policy* 1998; 9: 125-32.

'Onze voornaamste zorg is dat de kwaliteit van opvang en hulp op peil blijft'

Interview met Bert Groen, coördinator van het Regionaal Steunpunt Seksueel geweld

W. van Rijssel

In het kielzog van de discussies binnen de vrouwenbeweging rond ervaringen met seksueel geweld en incest, en voortbouwend op het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld, werd in januari 1994 opgericht het Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld (RSSG). De Haagse gemeenteraad besloot tot de oprichting van het Steunpunt op grond van de Nota Vrouwenhulpverlening Vanzelfsprekend, waaruit onomstotelijk de behoefte bleek aan een samenhangend beleid in de regio Haaglanden op het terrein van hulpverlening bij seksueel geweld.

Het RSSG maakt sinds de vorming van de dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn in 1997 onderdeel uit van de productgroep EGG, afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) van de GGD. Het regionaal steunpunt houdt zich bezig met seksueel geweld, kindermishandeling en huiselijk geweld. Vanaf begin 2002 is Bert Groen coördinator van het steunpunt. Voormalig medewerker van de zedenpolitie Haaglanden, die de praktijk van de hulpverlening maar al te goed kent en nu vanaf de beleidskant probeert een aantal aspecten structureel te verbeteren.

'Soms waren we vanuit de zedenpolitie twee dagen aan het leuren om een slachtoffer van vrouwenhandel ergens onder te brengen. Vanwege de associatie met prostitutie en criminaliteit zaten de opvanghuizen er niet op te wachten, maar zo'n vrouw moet wel meteen uit het circuit worden gehaald en opgevangen. Hetzelfde speelde bij de vaak minderjarige slachtoffers van 'Loveboys'. Vanuit het steunpunt hebben we de gelegenheid te overleggen met verschillende instellingen over een gezamenlijk protocol, waardoor adequate opvang en begeleiding worden gegarandeerd.'

- *Het RSSG biedt geen praktische hulp aan slachtoffers, maar jullie zitten wel tamelijk dicht op de problematiek. Wat houdt de functie van steunpunt in?*

'Het regionaal steunpunt is eigenlijk een kennis- en expertisecentrum ter ondersteuning van hulpverleningsinstellingen en dienstverleners. Onze voornaamste zorg is dat de toegankelijkheid en kwaliteit van opvang en hulp op niveau blijven. Meerdere instellingen houden zich bezig met seksueel geweld, huiselijk geweld en kindermishandeling en je ziet regelmatig dat men van elkaar niet weet wat men precies te bieden heeft. Instelling A houdt zich bezig met seksueel misbruikte vrouwen, maar als daar een moeder van een misbruikt kind aanklopt dan weet men niet altijd waar men zo iemand naar kan verwijzen. Dan heb ik het over instellingen als het maatschappelijk werk, GGZ-instellingen, de jeugdhulpverlening, het advies- en meldpunt kindermishandeling, Sociaal Pedagogische

Dienst, Spel en Opvoeding, etc. Slachtoffers van geweld worden naar hen verwezen door de eerstelijns, met name huisartsen. Ook die eerstelijns moet op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen en het aanbod van de instellingen. Belangrijk is dat huisartsen, als ze met een specifieke vraag zitten, weten dat ze altijd het steunpunt kunnen bellen. Het steunpunt heeft het overzicht en informeert de werkers in de eerste en tweede lijn; verder organiseren wij lokaal en regionaal overleg tussen de instellingen, en bevorderen we de samenwerking zodat er samenhang ontstaat. Ook kan het steunpunt bepaalde zaken die zij signaleert in de publiciteit brengen, of aanklaarten bij het management van een instelling. Wij hebben een onafhankelijke positie en kunnen waar nodig ons verhaal onderbouwen met gegevens uit andere regio's. Een andere taak is het ondersteunen van preventie en voorlichting.'

Over de auteur:

Wiky van Rijssel is freelance journalist en eindredacteur/tevens redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin

'Uiteindelijk gaat dit de hele stad aan'

- *En wat zijn jullie bronnen, hoe blijft het steunpunt up to date en hoe zorg je ervoor dat de signalen uit het veld bij jullie terecht komen?*

'Onze informatiebronnen zijn in de eerste plaats de hulpverleningsinstellingen, waarmee we geregeld overleg initiëren. Verder komt er veel informatie uit de werkgroepen waar we zelf in zitten. En ieder kwartaal is er landelijk overleg tussen alle regionale steunpunten, georganiseerd door Transact, het landelijk kennis- en expertisecentrum voor seksueel geweld. Daar horen we met name van alles over preventie-activiteiten en nieuwe ontwikkelingen; men staat erg positief tegenover het gebruiken van elkaars kennis en expertise. Andere bronnen zijn de literatuur, internet en congressen, ook internationaal.

De informatie verspreiden we via de overlegorganen en door middel van de nieuwsbrief, die nu weer regelmatig verschijnt; we houden een verwijsgids bij met een up to date overzicht van het aanbod van de instellingen; en we organiseren discussies en themadagen, zoals afgelopen december de miniconferentie over het verschijnsel Loverboys. Daarvoor hadden we ook de collega's uit de gemeente en de politiek uitgenodigd, want uiteindelijk gaat dit de hele stad aan.

Dit probleem heeft raakvlakken met openbare orde en veiligheid en met gezondheidsbeleid. Het resultaat is o.a. dat er nu voor Den Haag een integrale aanpak van Loverboys wordt ontwikkeld, waarvan preventie en hulpverlening deel uitmaken, met aandacht voor zowel slachtoffers als daders.'

- *Wat kan het steunpunt met zo'n probleem als Loverboys, is dat niet meer een zaak van opsporing door de politie?*

'Het probleem Loverboys is onderdeel van de vrouwenhandel in het algemeen. Loverboys zijn jongens die proberen meisjes de prostitutie in te lokken. Door veel cadeaus en aandacht zorgen ze ervoor dat het meisje verliefd op hen wordt en dat er een afhankelijkheidsrelatie ontstaat. Het gaat altijd om erg kwetsbare jonge meisjes, vanaf twaalf, dertien jaar, die vervolgens bereid zijn alles voor zo'n jongen te doen. Op den duur worden ze onder dwang en met gebruik van geweld in de prostitutie gehouden.

Zoals gezegd (zie intro) moeten de betrokken slachtoffers meteen uit het prostitutiecircuit worden gehaald en ergens worden opgevangen. Daar moeten degelijke afspraken over worden gemaakt. Daarnaast kan het gaan om gedwongen opvang van minderjarige meisjes, waarvoor gerechtelijke toestemming nodig is.

De instelling, in dit geval het bureau jeugdzorg of een opvanghuis, moet dan via de raad voor de kinderscherming een voorlopige ondertoezichtstelling regelen bij de kinderrechter. Zo moet er een heel traject worden afgelegd waarbij het RSSG kan adviseren en ondersteunen. Als steunpunt zijn we bezig met de instellingen een protocol op te stellen voor dit traject. Zo'n protocol is een inspanningsverplichting, de instelling verplicht zich om een aantal plaatsen beschikbaar te houden. Het protocol gaat niet over de inhoudelijke begeleiding van de slachtoffers, in het plan van aanpak dat nu wordt ontwikkeld, komt die inhoudelijke begeleiding wel aan de orde.'

De huidige hulpverleningspraktijk

'Het werken met protocollen is een landelijke ontwikkeling, die bij incidenten op scholen al langer gaande is, bijvoorbeeld bij verdenking van mishandeling.

Het voorkomt dat men moet improviseren in crisissituaties. Het succes van geprotocolleerd werken blijft overigens sterk afhankelijk van de kennis en ervaring van de betrokken hulpverleners. Naar aanleiding van een grote zedenzaak in de regio, twee jaar geleden, is binnen Haaglanden het 'protocol zedenzaken maatschappelijke onrust' in ontwikkeling. De toenmalige coördinator van het steunpunt, Martine van Lier, heeft toen de coördinatie op zich genomen en dat voorzag duidelijk in een behoefte. Vandaar dat we nu ook voor dit soort gevallen streven naar een regionaal protocol. Het houdt onder meer in dat in crisissituaties – zedenzaken waarbij op een school of in een buurt meerdere slachtoffers zijn betrokken – de driehoek van burgemeester, hoofd politie en hoofdofficier van justitie kan besluiten het protocol in werking te stellen. In dat geval vraagt men aan het RSSG om als 'casemanager' op te treden. De casemanager moet er voor zorgen dat in de coördinatiegroep die op zo'n moment wordt gevormd - van bijvoorbeeld politie, justitie, maatschappelijk werk, advies- en meldpunt kindermishandeling, jeugdzorg en SPD - de zaken op elkaar worden afgestemd. Er worden afspraken gemaakt over hoe je de mensen inlicht, hoe de slachtoffers worden opgevangen, hoe om te gaan met de pers, etc. De eindverantwoordelijkheid blijft altijd bij het openbaar bestuur, dat verantwoordelijk is en blijft voor de openbare orde en veiligheid, maar door het werken met zo'n protocol kunnen we voorkomen dat allerlei zaken langs elkaar heen gaan lopen, wat weer ten koste kan gaan van de slachtoffers, andere betrokkenen en van de zaak zelf. De gemeenten binnen de regio zijn nog bezig de inhoud te beoordelen. De verwachting is dat het protocol na deze zomer operationeel wordt.'

- *Naast protocol en casemanagement duikt de term 'keten-aanpak' op in de huidige hulpverleningspraktijk*

'Die term duidt op de nodige afstemming tussen de instellingen, de keten van opvang tot nazorg. Mensen hebben, soms tegelijkertijd, soms na elkaar in de tijd, te maken met verschillende instellingen. Alle bij een persoon of gezin betrokken instellingen moeten van elkaar weten wat er met die persoon of dat gezin wordt gedaan; de hulp moet ook op elkaar worden afgestemd en uiteindelijk deel uitmaken van een uniform zorgprogramma. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar de praktijk is nog vaak dat men langs elkaar heen werkt. Men is nou eenmaal gewend aan afgebakende terreinen, niet iedereen is even flexibel. Het steunpunt dringt daar wel op aan en adviseert daarbij.'

Een zaak van openbare veiligheid

- *In de recente kabinetsnota 'Privé Geweld - Publieke Zaak' wordt gesteld dat de overheid een taak heeft in het verzekeren van de veiligheid van de burgers, in de openbare ruimte maar ook achter de voordeur. Huiselijk geweld wordt hiermee onderdeel van openbaar veiligheidsbeleid. Tegelijkertijd wordt het onderwerp seksueel geweld, vrouwen- en kindermishandeling verbreed tot 'geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd'. Wat vindt het steunpunt daarvan en heeft het consequenties voor jullie manier van werken?*

'Wij zijn blij met de toegenomen aandacht voor het onderwerp huiselijk geweld. Het cijfermateriaal is schokkend genoeg: uit landelijk onderzoek in opdracht van het ministerie van justitie¹ blijkt dat 27% van de bevolking ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld² (inclusief kindermishandeling en seksueel geweld)(1). Bij 21% van de slachtoffers duurde het geweld langer dan vijf jaar. Niet alleen vrouwen, ook jongens en mannen blijken slachtoffer van huiselijk geweld. Alleen, de intensiteit van het geweld is bij vrouwelijke slachtoffers hoger en vaker seksueel van aard. Huiselijk geweld blijkt de meest voorkomende vorm van geweld binnen onze samenleving. In die zin is het heel goed dat de politiek het heeft over één vorm van geweld en de gemeenten aanspreekt op hun verantwoordelijkheid inzake openbare orde en veiligheid, ook achter de voordeur.

We zijn er echter niet voor om alle vormen van geweld onder één noemer te behandelen. Het onderscheid tussen enerzijds seksueel geweld en kindermishandeling en anderzijds het algemenere huiselijk geweld moet nog wel worden gemaakt. Seksueel geweld is veel specifiek en wat betreft de aard en gevolgen niet altijd vergelijkbaar met huiselijk geweld.

De achterliggende emotionele problematiek van seksueel geweld is verschillend en vergt vaak een ander soort hulpverlening. De meerderheid van de bevolking associeert huiselijk geweld in eerste instantie met fysiek geweld en vrouwenmishandeling. Het gevaar bestaat dat door het niet direct benoemen van seksueel geweld en kindermishandeling, de aandacht voor deze onderwerpen naar de achtergrond verdwijnt. Ook internationaal worden de termen apart benoemd: child abuse, sexual abuse en domestic violence. Als steunpunt zijn we van mening dat er weliswaar een overlap bestaat tussen huiselijk geweld, seksueel geweld en kindermishandeling, maar dat de onderwerpen ieder hun specifieke aspecten hebben. De gemeenten hebben bij de aanpak van huiselijk geweld een regietaak. De gemeente Den Haag heeft voor de komende één à twee jaar de projectleider huiselijk geweld ondergebracht bij het RSSG, met als taak een plan van aanpak huiselijk geweld te ontwikkelen. Ik ga deze taak op mij nemen.'

Nieuwe aanpak geweld binnenshuis

- *Voorjaar 2002 is er naar aanleiding van de discussie in het kabinet ook in Den Haag een inventarisatie gemaakt van de aanpak van huiselijk geweld. Wat kwam daaruit?*

'Binnen Haaglanden bestaan al de nodige initiatieven, alleen – net als bij seksueel geweld – ontbreekt vaak de afstemming, regie, de samenhang. De projectleider huiselijk geweld moet alle initiatieven en zaken waaraan behoefte is in kaart gaan brengen en via een plan van aanpak vertalen naar structureel beleid.

Zo heeft de politie Haaglanden het voortouw genomen in een omvangrijk project: Geweld Binnenshuis. Het houdt onder meer een andere manier van werken in voor de politie bij de aanpak van huiselijk geweld. Alle agenten krijgen een ééndaagse training,

¹ Dit betreft een breed opgezet onderzoek onder 4600 willekeurig geselecteerde Nederlanders; 24% gaf aan niet benaderd te willen worden, onder de resterende groep was de respons 58%.

² Onder 'huiselijk geweld' werd in dit onderzoek verstaan: "een aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Daaronder vallen (ex-)partners, gezins- of familieleden en huisvrienden." Waar de onderzoekers rapporteren over 'huiselijk geweld' hebben zij het over niet-incidenteel huiselijk geweld, dat wil zeggen geweld dat ofwel lichamelijk letsel heeft veroorzaakt, ofwel noemenswaardige gevolgen heeft gehad, ofwel langer dan een jaar heeft geduurd, of tenminste maandelijks voorkwam.

waarbij ze uitleg krijgen over de achtergronden van huiselijk geweld en leren gesprekken te voeren met verdachten om hen te motiveren hulp te accepteren bij het onder controle krijgen van hun agressieve gedrag. Op ieder bureau komt een portefeuillehouder Geweld Binnenshuis en een functionaris die dient als vraagbaak voor collega's bij moeilijke zaken.

Heel belangrijk is dat de politie bij deze aanpak een verdachte kan aanhouden zónder aangifte door het slachtoffer. Zodra er een melding komt van huiselijk geweld gaat daar met spoed een surveillancewagen heen en als de politie kan constateren dat er inderdaad sprake is van recent geweld (blauwe plekken, omgegooide meubels, kapotte kleding), kan de verdachte worden aangehouden. Op het bureau wordt het geweld in beeld gebracht – wat precies, hoe lang al, hoe vaak – en krijgt de verdachte een gesprek, waarin duidelijk wordt gesteld dat het strafbaar is wat hij doet en dat hij ermee moet stoppen. Vervolgens wordt hem daarbij hulp aangeboden. De politie stelt een proces verbaal op voor de officier van justitie en probeert door 'dwang' de verdachte te laten ingaan op het voorstel tot 'vrijwillige hulp'. Overigens, als de verdachte weigert erop in te gaan, kan de officier van justitie de behandeling ook dwingend opleggen als voorwaardelijke maatregel. Met de hulpverleningsinstelling De Waag zijn afspraken gemaakt over de behandeling van verdachten.

Het belangrijkste resultaat van deze nieuwe aanpak is dat de politie de verdachte eerder kan aanhouden, zodat men het geweld kan laten stoppen en dat er voorzien wordt in een follow-up, voor daders en slachtoffers. Geweld Binnenshuis is een samenwerkingsverband tussen politie, De Waag, justitie en andere instellingen. Het ontwikkelen van het project loopt wat de politie Haaglanden betreft tot 1 januari 2004. In haar rol van regisseur moet de gemeente Den Haag zorg dragen voor continuering en uitbreiding van het project.

Daarnaast zijn er nog andere belangrijke projecten om te stimuleren, zoals kinderen als getuige van geweld, en ouderen mishandeling. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de aanpak en bestrijding van huiselijk geweld structureel beleid wordt van de gemeente Den Haag en alle gemeenten binnen Haaglanden. Als regionaal steunpunt kunnen wij daar positief aan bijdragen.'

Het RSSG is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 17.00 uur, telefoon 070 - 353 25 83 of 070 - 353 72 14. Voor nadere informatie over het steunpunt kunt u zich wenden tot de coördinator A.J. Groen, email: a.j.groen@ocw.denhaag.nl.

Literatuur:

1. Dijk T van, c.s. Huiselijk geweld, aard, omvang en hulpverlening. Intromart. Den Haag, 1997.

Protocol overgewicht in gezondheidscentrum De Rubenshoek te Den Haag: de eerste ervaringen.

M.J.A. Traa, I.M. van der Meer, M. Sibeijn, Z. Yilmaz, A. Laghzaoui, R. Verhage, T. Kraan.

Overgewicht is een steeds vaker voorkomend gezondheidsprobleem. Afvallen is dikwijls niet eenvoudig en vraagt doorzettingsvermogen. Hulp van een diëtist kan daarbij onontbeerlijk zijn. De ervaring van huisartsen van een gezondheidscentrum in de Haagse Schildersbuurt (De Rubenshoek) was dat patiënten met overgewicht die zij hadden verwezen naar de diëtist, daar vaak niet naar toe gingen. Diegenen die wel gingen rondden de begeleiding niet altijd volledig en met goed resultaat af. Hierdoor kon het overgewicht niet effectief worden behandeld. Blijkbaar lagen er barrières. Hulpverleners met verschillende zorgdisciplines ontwikkelden daarop een nieuwe werkwijze en stelden het protocol overgewicht (afvalprotocol) op. Dit protocol werd in juni 2000 in De Rubenshoek in gebruik genomen. In dit artikel komen eerst enkele epidemiologische bevindingen over overgewicht uit de literatuur aan de orde. Vervolgens bespreken we het protocol overgewicht (afvalprotocol) zoals dat in De Rubenshoek is toegepast en vermelden we de ervaringen tot nu toe, met enkele eerste resultaten. Tot slot noemen we aanpassingen die inmiddels in het protocol zijn doorgevoerd.

Epidemiologie

Diabetes mellitus type II, bepaalde vormen van kanker, maar ook hypertensie, rug- en gewrichtsklachten en hart- en vaatziekten zijn voorbeelden van ziekten die zijn geassocieerd met overgewicht (1). Het percentage volwassen Nederlanders met overgewicht (Quetelet Index ≥ 25 , zie kader pag. 21) is toegenomen van 35% in 1990 tot 44% in 2000 (2). Ook het percentage Nederlanders met ernstig overgewicht (QI ≥ 30) is toegenomen: van 6% in 1990 tot 9% in 2000. In het algemeen hebben meer mannen (48%) dan vrouwen

(40%) overgewicht. Daarnaast komt bij mensen met een lager opleidingsniveau overgewicht vaker voor dan bij mensen met een hoger opleidingsniveau. Over het voorkomen van overgewicht bij diverse etnische groeperingen in Nederland zijn nog weinig betrouwbare gegevens beschikbaar. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd onder Turken en Marokkanen. De gegevens die bekend zijn betreffen onderzoeken waarbij ofwel de lengte en het gewicht gemeten zijn, maar waarvan de onderzoeksgroep vrij klein was; ofwel de onderzoekspopulatie wel voldoende groot was maar de lengte en het gewicht zijn vastgelegd op basis van zelfrapportage. En juist bij Turken en Marokkanen is eigen opgave van het gewicht weinig betrouwbaar, omdat zij vaak niet goed weten hoe zwaar ze zijn (3). Overgewicht lijkt in het algemeen meer voor te komen bij allochtonen dan bij autochtone Nederlanders (4). Uit onderzoek blijkt dat in de leeftijdsgroepen boven de 35-40 jaar met name Turkse mannen en Turkse en Marokkaanse vrouwen overgewicht hebben. In deze groepen komt overgewicht (QI ≥ 25) voor bij 80-90%. Deze gegevens zijn afkomstig van Turkse en Marokkaanse inwoners van grote steden in Nederland. Van de autochtone Nederlanders (ouder dan 35-40 jaar in de grote steden) komt overgewicht voor bij 51% van de mannen en 46% van de vrouwen (4).

Het protocol overgewicht in de Rubenshoek

Het huidige protocol overgewicht is het resultaat van een samenwerkingsverband tussen huisartsen, fysiotherapeuten, migrantenvoorlichters, de coördinator van De Rubenshoek en diëtisten van Thuiszorg Den Haag in stadsdeel Centrum. De huisarts is de persoon die op basis van het gewicht en de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen de indicatie voor deelname aan het protocol overgewicht afgeeft. Het is ook mogelijk dat een andere hulpverlener (bijvoorbeeld

Over de auteurs:

Mw. M.J.A. Traa, diëtist Stichting Thuiszorg Den Haag, mw. ir. I.M. van der Meer, epidemioloog GGD Den Haag, mw. M. Sibeijn, fysiotherapeut De Rubenshoek, mw. Z. Yilmaz, migrantenvoorlichter De Rubenshoek, mw. A. Laghzaoui, migrantenvoorlichter De Rubenshoek, dhr. R. Verhage, huisarts De Rubenshoek, mw. T. Kraan, coördinator De Rubenshoek.

diabetesverpleegkundige) constateert dat iemand vanwege overgewicht in het protocol past. In overleg met de huisarts kan deze persoon eveneens instromen. Een belangrijk doel van het protocol is ervoor te zorgen dat de mensen met overgewicht die door de huisartsen naar de diëtist worden verwezen, daadwerkelijk bij de diëtist terechtkomen en de behandeling daar afronden, zodat een effectieve dieetbegeleiding mogelijk wordt. Om dit doel te bereiken is o.a. de migrantenvoorlichter ingeschakeld. Deze kan de (met name allochtone) patiënten informeren over het nut, het doel en de werkwijze van de diëtist. De migrantenvoorlichter kan in de eigen taal ingaan op cultuurspecifieke aspecten, vragen beantwoorden en extra steun en stimulans leveren. Mensen met meer sociale steun zullen betere resultaten behalen bij het afvallen dan mensen zonder steun. Uit onderzoek is gebleken dat mensen die vanwege overgewicht onder behandeling stonden van een diëtist, meer waardering hadden voor de bruikbaarheid van de adviezen dan voor de stimulans en hulp van de diëtist (5). Juist deze stimulans en hulp zijn aspecten die goed door de migrantenvoorlichter kunnen worden gegeven. De diëtist behandelt de deelnemer op de reguliere wijze, volgens het dieetbehandelingsprotocol *adipositas* van Elsevier (6).

Afvallen is niet alleen een kwestie van een gezond en verantwoord voedingspatroon. Voldoende beweging is hierop tevens van grote invloed (7). Uit onderzoek blijkt dat allochtonen minder sporten dan autochtonen (4)(8). Over de totale hoeveelheid lichamelijke activiteit is minder bekend. De ervaring is echter dat veel volwassen allochtonen nog nooit gesport hebben. Daarom voldoet het niet om alleen het advies te geven om meer te bewegen. Om deze reden is de fysiotherapeut bij het protocol aangesloten. De fysiotherapeut verzorgt één keer per week al dan niet in groepsverband een cardiovasculair bewegingsprogramma in combinatie met spierkrachtverbeterende oefeningen

voor de rompspieren. Daarnaast worden adviezen gegeven voor bewegingsactiviteiten in de rest van de week en wordt doorverwezen naar reguliere sportactiviteiten in de buurt.

Volgens het protocol overgewicht worden deelnemers dus altijd verwezen naar alle drie de hulpverleners. Nieuw is de gestructureerde inzet van de migrantenvoorlichter en de fysiotherapeut. De migrantenvoorlichter heeft hierbij de coördinerende rol. Bij voorkeur voordat de deelnemer bij de diëtist en de fysiotherapeut komt geeft de migrantenvoorlichter informatie over wat de deelnemer kan verwachten en de rol van de hulpverleners daarbij. In de volgende consulten gebruikt de migrantenvoorlichter als basis voor het gesprek de voorzover aanwezig (schriftelijke) adviezen van de andere hulpverleners. Vragen en onduidelijkheden kunnen dan nog eens worden toegelicht. De gemotiveerdheid van de deelnemer wordt daarbij nauwlettend in de gaten gehouden, zoals het nakomen van consultafspraken, het volgen van dieetadviezen en het kiezen voor voldoende lichaamsbeweging. Doel is dat de deelnemer zelf over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om het dieet zelfstandig te volgen en voldoende te bewegen. In juni 2000 heeft men in De Rubenshoek het protocol in gebruik genomen. Na twee jaar is dit nieuwe zorgaanbod bekeken op eerste resultaten en ervaringen tot nu toe.

Eerste resultaten en ervaringen

Aantal deelnemers en consulten

In totaal zijn in de eerste twee jaar (t/m mei 2002) 137 mensen in het protocol ingestroomd die tenminste één consult hebben gehad bij één van de drie hulpverleners. Het waren voornamelijk vrouwen, 13% was man (tabel 1). De jongste deelnemer was op het moment van instromen in het protocol 15, de oudste 63.

In totaal was 32% tussen de 35 en 44 jaar oud en 28% tussen de 45 en 54 jaar oud. Een meerderheid van de

Tabel 1.

Mannelijke en vrouwelijke deelnemers protocol overgewicht naar hulpverlener. Den Haag, juni 2000 - mei 2002.

Hulpverlener	Man	Vrouw	Totaal
Alleen migrantenvoorlichter	6	8	14 (10%)
Alleen diëtist	0	13	13 (10%)
Alleen fysiotherapeut	0	15	15 (11%)
Migrantenvoorlichter en diëtist	4	4	8 (6%)
Migrantenvoorlichter en fysiotherapeut	6	17	23 (17%)
Diëtist en fysiotherapeut	2	23	25 (28%)
Alle drie de hulpverleners	0	39	39 (29%)
Totaal	18 (13%)	19 (87%)	137 (100%)

Tabel 2.

Gemiddeld aantal consulten bij de diëtist en de fysiotherapeut naar hulpverlener (combinatie).

Den Haag, juni 2000 - mei 2002.

Hulpverlener ¹⁾	Aantal personen	Gemiddeld	Aantal consulten	
			Minimum	Maximum
Consulten bij de diëtist				
Alleen d	13	3,1	1	7
m + d	8	4,6	1	15
f + d	25	4,3	1	11
m + f + d	39	4,4	1	14
Consulten bij de fysiotherapeut				
Alleen f	15	10,3	3	30
m + f	23	7,8	1	16
d + f	25	10,7	2	22
m + d + f	39	12,8	2	32

¹⁾ d = diëtist; m = migrantenvoorlichter; f = fysiotherapeut

deelnemers was Turks (61%), verder deden naar etniciteit vooral Surinamers en Marokkanen mee (beide 12%).

Het overgrote deel van de deelnemers (71%) had op de peildatum in mei 2002 (nog) geen contact gehad met alle drie de zorgdisciplines, een van de essenties van het protocol (zie tabel 1).

In totaal waren 84 deelnemers tenminste één keer bij de migrantenvoorlichter geweest; bij de diëtist waren dit er 85 en bij de fysiotherapeut 102. Opvallend is dat bijna alle mannen (89%) tenminste één keer bij de migrantenvoorlichter waren geweest, bij de vrouwen was dit beduidend lager (57%). Bij de diëtist en de fysiotherapeut waren relatief meer vrouwen geweest: 66% van de vrouwen en 33% van de mannen was naar de diëtist geweest; 79% van de vrouwen en 44% van de mannen was naar de fysiotherapeut geweest. In totaal bleek eenderde van de vrouwen alle drie de hulpverleners te hebben bezocht, dit was bij geen van de mannen het geval. Er werden in dit zorggebruik geen opvallende verschillen geconstateerd naar etnische herkomst en leeftijd van de deelnemers.

Eén van de belangrijkste doelen van het protocol overgewicht was dat de deelnemers de diëtist bezoeken en daar de behandeling afronden. Over of de behandeling van de diëtist daadwerkelijk is afgerond geven de beschikbare gegevens geen uitsluitsel. Wel kunnen we kijken of de deelnemers die alle drie de hulpverleners bezochten ook frequenter de diëtist hebben geconsulteerd. Dit bleek nauwelijks het geval.

Gemiddeld werd de diëtist in de diverse categorieën

hulpverlenerscombinaties drie tot vier keer bezocht (tabel 2). Bekijken we volledigheidshalve dit ook voor de consulten bij de fysiotherapeut dan vinden we eveneens geen betekenisvolle verschillen.

De contactfrequentie bij de fysiotherapeut lag echter wel beduidend hoger dan bij de diëtist (tabel 2).

Verandering in lichaamsgewicht

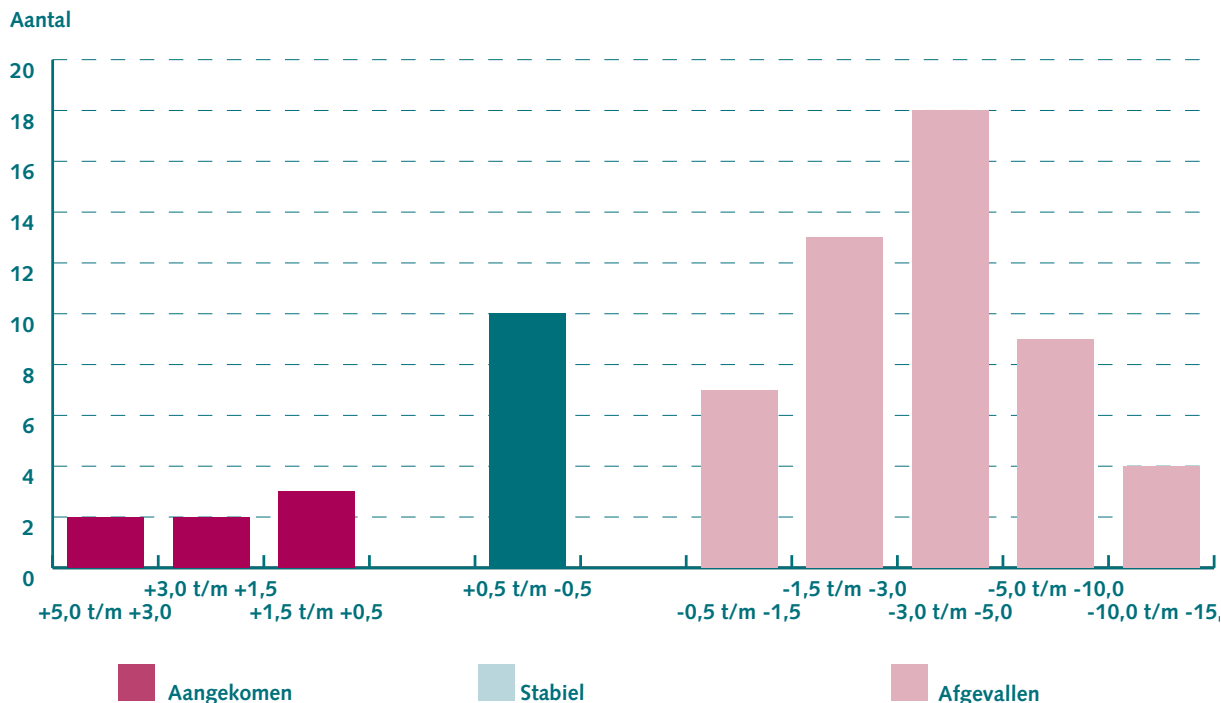
Een belangrijke uitkomstmaat om het effect van het protocol te bepalen is de verandering in lichaamsgewicht. De deelnemers werden alleen gewogen tijdens hun consulten bij de diëtist. Daardoor is alleen van de 85 deelnemers die tenminste één keer bij de diëtist waren geweest, het startgewicht bekend. Bijna eenderde van de deelnemers woog tijdens het eerste consult bij de diëtist 95 kilogram of meer.

Van de 85 deelnemers die bij de diëtist waren geweest bleken op de peildatum 17 deelnemers slechts één consult te hebben gehad. Bij hen kon uiteraard geen gewichtsverandering worden berekend.

In figuur 1 is de verandering in lichaamsgewicht van de deelnemers weergegeven, het betreft de periode tussen het laatste en het eerste consult bij de diëtist, gemiddeld betrof dit een periode van een half jaar. Van de 68 personen van wie de verandering in lichaamsgewicht kon worden berekend, waren zeven personen meer dan een halve kilogram aangekomen. Tien personen hadden ongeveer hetzelfde lichaamsgewicht behouden (maximaal 0,5 kg aangekomen of afgevallen). Driekwart van de deelnemers bleek afgevallen, waarbij de meesten drie tot vijf kilogram afvielen. De maximale afname in lichaamsgewicht bedroeg

Figuur 1:

Gewichtsverandering (in kg.) tussen het laatste en het eerste consult bij de diëtist van de deelnemers aan het protocol overgewicht (n=68). Den Haag, juni 2000 - mei 2002.



14,5 kg. Het unieke van het protocol overgewicht is de samenwerking tussen de diëtist, de fysiotherapeut en de migrantenvoorlichter. Daarbij is steeds het uitgangspunt geweest dat er meer succes kan worden geboekt wanneer naast de diëtist ook voornoemde disciplines worden ingeschakeld. In tabel 3 zijn de veranderingen in lichaamsgewicht weergegeven voor de groep die alleen de diëtist had gezien en de groep die daarnaast ook de migrantenvoorlichter en/of de fysiotherapeut had bezocht.

Uit de gegevens in deze tabel blijkt dat behandeling door alleen de diëtist een minder gunstig effect had op

het afvallen. De kleine groep die alleen de diëtist had bezocht was nauwelijks afgevallen.

Uiteraard speelt bij gewichtsverandering de tijd een rol. In het algemeen spreekt men van succesvol afvallen bij een afname in lichaamsgewicht van 1-2 kg per maand. Uitgaande van 2 kg/maand is nog geen 10% van de totale groep van 68 personen succesvol afgevallen (6 deelnemers); bij het minder strenge streven van 1 kg/maand is dit 29% (20 deelnemers). Bij dit laatste streefniveau van 1 kg/maand was dit 'succes' bij 12 van de 20 deelnemers binnen vier maanden contact met de diëtist bereikt.

Tabel 3.

Verandering in lichaamsgewicht bij deelnemers die alleen bij de diëtist zijn geweest versus degenen die ook de migrantenvoorlichtster en/of de fysiotherapeut hebben bezocht¹⁾. Den Haag, juni 2000 - mei 2002.

Hulpverlener	Aantal personen	Verandering in lichaamsgewicht (kg.)		
		Gemiddeld (std)	Minimum	Maximum
Alleen diëtist	10	- 0,63 (2,96)	- 5,4	4,1
Ook migrantenvoorlichter en/of fysiotherapeut	58	- 3,46 (3,50)*	-14,5	2,2

¹⁾ Allen hebben de diëtist tenminste twee keer bezocht, anders is geen (verandering in) lichaamsgewicht bekend.

* Significant (p<0,05) t.o.v. alleen diëtist.

Ervaringen van de hulpverleners

Nog geen derde van de deelnemers had op het moment van meting alle drie de zorgdisciplines gezien. Het lijkt dus lastig aan dit essentiële onderdeel van het protocol te voldoen. Deels werd dit echter veroorzaakt door ziekteperiodes van de migrantenvoorlichters en bestond er een wachttijd van ongeveer een maand bij de fysiotherapeut. Uiteindelijk is het bereikte aantal deelnemers dat een migrantenvoorlichter bezocht niet veel lager dan het aantal dat de diëtist zag (respectievelijk 84 en 85). Een groter probleem was dat de hulpverleners van elkaar niet wisten of de deelnemers het protocol volgden.

Hoewel er geen onderzoek naar is gedaan bestaat bij de hulpverleners wel de indruk dat er door de deelnemers aan het protocol meer relatie werd gelegd tussen verandering van eetgewoonten, het beweegpatroon en de invloed daarvan op het gewicht. Daarbij bleken hun verwachtingen van het effect van bewegen op het lichaamsgewicht erg hoog te liggen. Zo dachten velen direct na het sporten een gewichtsafname op de weegschaal te zien, zonder zich te realiseren dat mogelijke afname slechts vochtverlies was. Ook over voedingsaspecten kwamen nogal eens 'mythen' naar boven, zoals vrouwen die bleven volhouden dat ze van water dik werden en vrouwen die zichzelf kortdurend zeer strenge eenzijdige dieetregels oplegden om daarvan wonderen te verwachten.

Over het algemeen waren de meeste deelnemers erg gemotiveerd om bij de fysiotherapeut te komen 'sporten'. Er was echter weinig zicht op in hoeverre de bewegingsadviezen, die naast het begeleide bewegingsprogramma werden gegeven, ook daadwerkelijk zelfstandig werden uitgevoerd. Daarnaast was het jammer dat er een stagnatie ontstond in de doorstroombare mogelijkheden om het bewegen bij het reguliere bewegingsaanbod (sportscholen/sportclubs) voort te zetten.

Bespreking

De start van het protocol overgewicht was 1 juni 2000. Als peildatum voor de tussentijdse evaluatie is 31 mei 2002 gekozen; twee jaar na de start, een voldoende lang geachte duur om eerste resultaten en ervaringen te inventariseren. Nadeel van deze keuze voor een vast begin- en eindmoment van de onderzoeksperiode is dat niet alle deelnemers – en dat geldt in het bijzonder voor degenen die in de laatste maanden van de onderzoeksperiode instroomden – de kans hebben gehad het gehele protocol te doorlopen. Uiteraard hebben zij de behandeling wel gewoon volgens het protocol kunnen afmaken, het zorgaanbod is niet stilgelegd.

Een gevolg van de gekozen onderzoeksopzet is dat de gepresenteerde resultaten in ongunstige zin zullen zijn vertekend, aangezien een deelnemer bijvoorbeeld in de onderzoeksperiode alleen bij de migrantenvoorlichter is geweest terwijl na 31 mei 2002 ook de diëtist en de fysiotherapeut volgens protocol zijn bezocht. Het aantal consulten en de verandering in lichaamsgewicht zullen om dezelfde reden ook lager zijn. Van deze mensen is het uiteindelijke effect dus niet bekend, alleen het 'tussentijdse effect'.

Een ander aspect van het gekozen inclusiecriteria 'tussen 1 juni 2000 en 31 mei 2002 ingestroomd in het protocol en tenminste één contact' is dat naast de 137 mensen in de onderzochte populatie er ook een groep mensen is die wel door de huisarts is verwezen, maar vervolgens geen van de drie typen hulpverleners heeft geconsulteerd. Het ontbreken van deze groep flatteert de uitkomsten, in welke mate is niet bekend.

Bijna eenderde van de deelnemers heeft in de periode juni 2000 - mei 2002 alle drie de hulpverleners volgens protocol bezocht. De combinatie van behandeling door een migrantenvoorlichter en/of fysiotherapeut met een diëtist leidde tot een grotere gewichtsafname dan behandeling door een diëtist alleen. Het bezoeken van ook de andere hulpverleners lijkt daarmee een positief effect te hebben op de verandering in lichaamsgewicht. De groep mensen die alleen de diëtist bezochten is hier als controlegroep gebruikt. Echter de mensen die alleen de diëtist bezochten zijn in principe wel verwezen naar de andere hulpverleners. Dat zij daar niet naar toe zijn gegaan – terwijl anderen dit wel deden – kan duiden op een lagere motivatie van deze groep mensen. De gevolgtrekking is dat gesteld kan worden dat de mensen met een lagere motivatie (alleen naar diëtist) minder zijn afgevallen dan de mensen die meer waren gemotiveerd (diëtist en migrantenvoorlichter en/of fysiotherapeut). Op basis van de verzamelde gegevens kan dit niet worden vastgesteld of en in welke mate dit heeft meegespeeld. Gezien de gedachten achter het opzetten van het protocol (combinatie van een gezonde voeding en beweging met de taal- en cultuurspecifieke benadering) gaan de auteurs er niet van uit dat de motivatie de volledige verklaring van de positieve uitkomsten op het lichaamsgewicht is.

Ten slotte, meer vrouwen nemen deel aan het protocol dan mannen, deze ondervertegenwoordiging van mannen is opvallend omdat overgewicht bij mannen in het algemeen meer voorkomt. Wellicht speelt bij mannen ontkenninggedrag een grotere rol dan bij vrouwen; zijn zij minder bereid af te vallen ofwel

minder gemotiveerd een uitgebreid hulpprogramma als het protocol overgewicht te volgen.

Toekomst

De uitkomsten worden gezien als een bevestiging van het idee dat het zinvol is om het protocol overgewicht op basis van de samenwerkingsdrieluik 'migranten-voorlichter, diëtist en fysiotherapeut' verder te ontwikkelen. Het protocol overgewicht zal dus zeker worden voortgezet. Wel is inmiddels besloten op basis van de ervaringen enkele aanpassingen in de werkwijze aan te brengen. Ook is de doelstelling bijgesteld. Bewegen en goede voeding zijn gedragsfactoren van belang bij overgewicht maar zijn dit ook bij meer aandoeningen (diabetes en hart- en vaatziekten). Daarom is ervoor gekozen om het protocol niet alleen te richten op het gewicht, maar breder op de gezondheid. De doelstelling van het nieuwe protocol overgewicht is nu driedelig:

- een gezonder voedingspatroon;
- voldoende beweging en
- beter welbevinden.

De doelgroep blijft hetzelfde: mensen met overgewicht en daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen. Dit kunnen bijvoorbeeld mensen zijn met overgewicht en diabetes, die door dieet- en beweegadviezen betere bloedsuikerspiegels bereiken met een beter welbevinden tot gevolg. De participatie van de mannen vraagt in de toekomst bijzondere aandacht.

En tenslotte is in navolging van het gezondheidscentrum Vaillantplein een soort paspoort ontwikkeld, om de communicatie te verbeteren. Dit is een boekje dat de deelnemers bij elk consult met één van de hulpverleners bij zich moeten hebben. In dit paspoort kunnen alle hulpverleners aantekeningen maken en de adviezen noteren. Het paspoort dient ook als afsprakenkaart. Hierdoor wordt een nadeel van de huidige opzet ondervangen: hulpverleners zien bij wie de deelnemer is geweest en wat de conclusies zijn. Met name de migrantenvoorlichters kunnen hierdoor adequater ingaan op de adviezen die de andere hulpverleners hebben gegeven. Alle hulpverleners kunnen daarnaast deelnemers wijzen op het maken van afspraken met andere hulpverleners indien dit nog niet is gebeurd. De belangrijk gebleken essentie van het protocol overgewicht om naast de diëtist ook de migrantenvoorlichter en fysiotherapeut in te schakelen kan zo beter worden nagekomen.

QI = Quetelet Index: het gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in meters in het kwadraat. Voorbeeld: Iemand van 1,70 meter (l) die 65 kilogram (m) weegt. $QI = m/l^2 = 65/1,70^2 = 22,5$. Iemand heeft overgewicht indien de QI groter of gelijk is aan 25. Iemand met een QI groter of gelijk aan 30 heeft ernstig overgewicht (adipositas).

Literatuur:

1. Blokstra A, Hoffmans MDAF, Seidell JC. Lichaamsgewicht. In: Ruwaard D, Kramers PGN (Eindredactie). RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu, 1993.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. [Informatie van de website: <http://statline.cbs.nl/StatWeb>, 05-04-2002]
3. Dijkshoorn H. Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam '99-'00: verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. GG & GD, cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering. EDG-reeks 2002/2. Amsterdam, april 2002.
4. Leest LATM van, Dis SJ van, Verschuren WMM. Hart en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. RIVM Rapport 261858006/2002. Bilthoven: 2002.
5. Leibbrandt A, Lechner L. Succesvolle en niet-succesvolle afvallers. Verschillen in determinanten en in hun evaluatie van de begeleiding door de diëtist. Ned. Tijdschr. diëtisten 2001; 56 nr. 12: 264-70.
6. Wezel BJ van. Dieetbehandelingsprotocol adipositas (nr. 9). In: Dieetbehandelingsprotocollen. Redactie: Aslander-van Vliet E, et al. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 2000.
7. Spies L. Overgewicht een groeiend probleem. Persbericht. Nederlandse Hartstichting. Den Haag, 13 januari 2003.
8. Stadsenquête Den Haag 2001. Gemeente Den Haag, juli 2001.

korte berichten

Cursussen

Van nota naar actie

Over het formuleren van een communicatieplan: het concretiseren en communiceren van een actieplan, het op de politieke agenda houden en partners in het veld betrokken houden.

Doelgroep: artsen AGZ, jeugdartsen, leidinggevenden en andere werkers in de openbare gezondheidszorg, beleidsmedewerkers lokaal gezondheidsbeleid bij gemeente en GGD.

Kosten: € 100

Data/lokatie:

7 oktober en 18 november in Zwolle

14 oktober en 25 november in

Bergen op Zoom

1 oktober en 2 december in

Maastricht

8 oktober en 9 december in

Groningen

30 oktober en 11 december in

Hoorn

Informatie: www.nspoh.nl,

tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Training communicatieve vaardigheden

Workshop A over creëren van draagvlak voor lokaal gezondheidsbeleid: analyseren van de bepalende actoren, formuleren van succesfactoren, vergroten van persoonlijke vaardigheden en omgaan met weerstanden. Workshop B over ontwikkelen en onderhouden van een netwerk: het belang van formele en informele netwerken, en persoonlijke stijlen om netwerken te ontwikkelen en in stand te houden. Doelgroep: artsen AGZ, jeugdartsen, leidinggevenden, artsen werkzaam bij Regionaal Indicatieorganen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg en

beleidsmedewerkers lokaal gezondheidsbeleid bij gemeente en GGD.

Kosten: € 100

Data/lokatie:

9 oktober in Utrecht

24 oktober in Eindhoven

6 november in Zwolle

20 november in Hoorn

16 december in Bergen op Zoom

Informatie: www.nspoh.nl,

tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Van informatie naar beleid

Het stellen van de juiste kennisvragen, selecteren van relevante informatie, maken van verantwoorde keuzes, formuleren van SMART doelstellingen en monitoren van de voortgang en het evalueren van het beleid.

Doelgroep: artsen AGZ, jeugdartsen, leidinggevenden, beleidsmedewerkers lokaal gezondheidsbeleid bij gemeente en GGD en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Kosten: € 100

Data/lokatie:

6 oktober in Utrecht

6 november in Zwolle

Informatie: www.nspoh.nl,

tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Public Health aspecten van crisismanagement en rampenbestrijding

De rol van de OGZ in de GHOR; de relatie tussen de openbare en de curatieve gezondheidszorg; gezondheidsdeterminanten bij rampen; samenwerking en spanningsvelden tussen verschillende actoren.

Doelgroep: o.a. artsen AGZ, jeugd- en huisartsen, GHOR en leidinggevenden.

Data: 30 en 31 oktober, 13 en 14 november 2003 (onder voorbehoud)

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl,
tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Infectieziektebestrijding op school en kinderdagverblijf

Achtergrondinformatie van veel voorkomende infectieziekten en de organisatie en de samenwerking in de infectieziektebestrijding.

Doelgroep: artsen AGZ, jeugd- en huisartsen.

Kosten: € 150

Datum: 13 november 2003

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl,

tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Lijkschouw bijzondere vormen

Lijkschouw bij euthanasie, bij minderjarigen, in het ziekenhuis; de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Medisch Tuchtcollege; procedures bij orgaandonatie.

Doelgroep: artsen, werkzaam op het gebied van de forensische geneeskunde en voor personen werkzaam bij het Openbaar Ministerie, de rechterlijke macht, advocaten en technisch rechercheurs.

Kosten: € 1.000

Data: 19 en 20 november, 10 en 11 december 2003

Lokatie: NSPOH Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl,

tel. 020 5664949, info@nspoh.nl.

Actuele informatie

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Negen Nederlandse gemeenten hebben in juni 2003 een start gemaakt met een intensieve aanpak van lokale sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Wie in Nederland in een sociaal-

economische achterstandssituatie wordt geboren, heeft een minder gunstige levensverwachting dan andere Nederlanders. Dat lijkt een constatering uit de 19e eeuw, maar het is de realiteit: mensen uit achterstandsgroepen leven gemiddeld 4 jaar korter dan mensen uit de hoge sociaal-economische klassen en ze leven zelfs 15 jaar korter in goede gezondheid. Met het 'Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg' (OGZ) geeft de overheid voorrang aan het terugdringen van deze verschillen in gezondheid, en wel via de lokale gezondheidsbevordering.

Achterstandsgroepen worden doorgaans slecht bereikt door de overheid: er is weinig belangstelling voor communicatie vanuit de overheid, deels ook als gevolg van wantrouwen. Ook de Gezondheidsvoorlichting- en educatie bereikt deze groepen matig. Ondanks de specifieke gezondheids- en welzijnsproblemen bij achterstandsgroepen, hebben de mensen vaak niet de kennis en motivatie om de problemen zelf aan te pakken. Vooral de lokale overheid zou deze groepen moeten ondersteunen met projecten gericht op leefstijl en leefomgeving, waarbij de burgers actief en in hun eigen omgeving worden betrokken. In 2002 is het NIGZ - Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) opgericht, met als doel samen met gemeenten en andere lokale partners dergelijke gezondheidsprojecten ter plaatse te ontwikkelen. SLAG heeft inmiddels landelijk veelbelovende voorbeeldprojecten verzameld en contact gezocht met gemeenten om deze te motiveren hiermee aan de slag te gaan. Vanaf juni 2003 zijn tien gemeenten daadwerkelijk aan het werk met vier van deze geselecteerde interventies:

- Delft werkt aan 'De allochtone zorgconsulent'
- Den Bosch en Maastricht richten zich op 'Armoede en gezondheid van kinderen'
- Eindhoven, Zwijndrecht, Kerkrade en Alkmaar voeren een project uit 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten'
- en Enschede en Helmond werken aan 'Begeleiden door jeugdarts van leerlingen met ziekteverzuim'.

Voor alle achtergronden over het project en genoemde interventies raadpleeg www.SLAG.nu.

Nieuwe campagne alcoholmatiging jongeren

In het kader van de campagne *DRANK maakt meer kapot dan je lief is*, is het NIGZ een nieuwe campagne gestart om het alcoholgebruik door jongeren terug te dringen. Op 3 juli j.l. was de opening in een discotheek te Bunnik, met de presentatie van de nieuwe massamedia campagne, het nieuwe voorlichtersteam, een speciale single-cd en een videoclip.

Rapper Msheep componeerde speciaal voor de nieuwe campagne een pop/rap song met de titel *Kiss Ya Brain Goodbye*, waarin de rapper in scherpe bewoordingen zijn geheel eigen kijk geeft op overmatig drinkende jongeren.

Ook dit jaar gaan weer mobiele promotieteams van getrainde jonge voorlichters, de zogeheten 'peers', praten met vakantievierende jongeren aan de Nederlandse kust over de risico's van overmatig alcoholgebruik.

Meer informatie over de campagne bij NIGZ-coördinator Martijn Planken, tel. 0348 - 439867, mplanken@nigz.nl.

Campagne Fiets naar je werk

Vanaf 10 mei, de Nationale Fietsdag, loopt de campagne *Fiets naar*

je werk. Doel is 5000 extra woon-werkfietsers in Nederland te werven. De initiatiefnemers NIGZ-GBW, COS Nederland en de Fietsersbond willen hiermee dit jaar 20.000 woon-werkfietsers bewegen regelmatig met de fiets naar het werk te gaan. Dat is ruim 1% van de anderhalf miljoen Nederlanders die op minder van 8 kilometer van hun werk wonen en die daar niet heen fietsen.

Ruim anderhalf miljoen mensen zouden in principe naar hun werk kunnen fietsen maar doen dat niet. Naast goede redenen zoals handicaps of niet kunnen fietsen, hanteren mensen de bekende smoezen om niet te hoeven fietsen: 'het regent te vaak' (volgens het KNMI regent het slechts 6,5% van de tijd, de nachten meegerekend), 'de afstand tot het werk is te groot' (dan kun je altijd nog naar het station fietsen), 'fietsen kost te veel tijd' (mis, korte ritten, dwz. korter dan 8 kilometer, gaan juist sneller per fiets), en 'fietsen worden toch gestolen' (dan moet je je fiets maar in de stalling zetten).

De campagne *Fiets naar je werk* richt zich in het bijzonder op het overtuigen van werkgevers, vanwege de gezonde effecten van fietsen op werknemers. Immers, hoe meer gezonde werknemers, hoe lager het ziekteverzuim.

Door minimaal 30 minuten per dag te fietsen blijft de gezondheid van werknemers het beste op peil. Wie per week ongeveer 20 kilometer fietst verbetert z'n conditie al met zo'n 13%. Vaker fietsen verkleint ook de kans op een hartinfarct. In plaats van veel geld te besteden aan autokilometervergoedingen kan het bedrijf voor dichtbij wonende werknemers beter een goedkope fietsvergoeding instellen.

Werkgevers kunnen de campagne op twee manieren ondersteunen:

door een eigen fietsbeleid op te zetten, met bijvoorbeeld een fiets van de zaak, onderhoudsvergoeding en overdekte stalling, informatie hierover op www.fietsnaarjwerk.nl; en door de actie te sponsoren. Werknemers kunnen hiervoor op een speciale kaart maandelijks de door hen afgelegde kilometers aangeven. Aan het eind van de campagneperiode vergoedt de werkgever iedere kilometer met 1 eurocent. Het totale sponsorbedrag wordt dan overgemaakt naar de Novib. Na afloop van de actie worden eveneens 500 prijzen verloot onder de deelnemers, o.m. 10 nieuwe fietsen. Meer informatie: Campagnebureau Fiets naar je werk, tel. 0113 - 250051, info@fietsnaarjwerk.nl.

Congres

Evidence based medicine

Het jaarcongres van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde heeft dit jaar als onderwerp Evidence based medicine.

Voorstanders hiervan stellen dat dit de enige zekere methode is om onwerkzame of schadelijke behandelingen of ingrepen uit te bannen. Tegenstanders wijzen erop dat de resultaten van deze werkwijze in de praktijk een zodanig dwingend karakter zullen krijgen, dat de persoonlijke arts-patiënt-relatie haar betekenis zal verliezen. Beide partijen hebben goede argumenten voor hun opvatting, reden voor de VFG om dit onderwerp te kiezen voor het jaarlijkse congres.

Zes sprekers zullen hun licht laten schijnen over het fenomeen Evidence based medicine:

Jan van Gijn, voorzitter hoofdredactie Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; *Herre Kingma*, inspecteur-generaal voor de Volks-

gezondheid; *Niek Klazinga*, hoogleraar Sociale Geneeskunde en betrokken bij de ontwikkeling van Evidence based richtlijnen; *Ruud ter Meulen*, directeur Instituut Gezondheidsethiek Universiteit Maastricht; *Jan Swinkels*, bijzonder hoogleraar Richtlijnontwikkeling GGZ; en *Tjerk Wiersma*, huisarts en filosoof, verbonden aan de afdeling Richtlijnontwikkeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Datum: zaterdag 27 september, 10.00 tot 16.30 uur

Plaats: De Uithof te Utrecht, Descartes centrum, 11e etage Matthias van Geunsgebouw, Bolognalaan 48
Kosten: € 50,00, studenten € 25,00, VFG-leden gratis (na aanmelding)
Informatie: p.vandomburg@lzf.nl en hugo@verbrugh.nl, tel. 010 - 4521304.

Zie ook www.vfgweb.nl.

Dienstverlening

Bibliotheek Trimbos

open voor professionals

Met ingang van 1 mei 2003 is de bibliotheek van het Trimbos-instituut beperkt opengesteld voor professionals uit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. De catalogus van de bibliotheek kan vanaf die datum worden geraadpleegd via www.trimbos.nl. De bibliotheek van het Trimbos-instituut is de grootste op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, verslaving en middelengebruik in Nederland. Speciale aandachtsgebieden binnen de collectie GGZ zijn de sociale psychiatrie, psychopathologie, chroniciteit en rehabilitatie, (kwaliteits)beleid, epidemiologie, preventie, patiëntenrechten, evidence based psychiatrie. De collectie *Alcohol en Overige Drugs (AOD)* bevat publicaties

over alcohol, drugs, tabak, gokken en verslavingszorg. Jaarlijks worden gemiddeld zo'n tweehonderd nieuwe boeken aangeschaft, die op trefwoord worden ontsloten.

In eerste instantie biedt de Trimbosbibliotheek een beperkte dienstverlening die uitsluitend bedoeld is voor professionals uit de GGZ en verslavingszorg. Zij kunnen vanaf 1 mei de collectie ter plekke raadplegen. Uitleen van boeken is helaas niet mogelijk.

De bibliotheek is niet toegankelijk voor studenten en het algemene publiek. De bibliotheek is geopend van maandag tot en met donderdag, van 9.30 tot 16.00 uur, Da Costakade 45, Utrecht, telefoon 030 - 2971122. Bezoek is alleen mogelijk op afspraak.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2003

voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tweede kwartaal 2003 gemeld (92) – het aantal meldingen van tuberculose niet meegerekend –, is iets minder dan in dezelfde periode in 2002 (116) en in het eerste kwartaal 2003 (116). Deze afname is hoofdzakelijk te wijten aan een afname in het aantal meldingen van hepatitis B en C.

Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Twee gevallen, waarvan de besmetting in het buitenland plaatsvond, werden gemeld.

Hepatitis A

Er zijn 9 gevallen van hepatitis A gemeld, waarvan 1 besmet in het

buitenland. Bij 5 gevallen is de bron onbekend, in 2 gevallen betrof het homoseksuele partners, en twee 10-jarige kinderen waren besmet via familiale contacten. Vorig jaar werd in dezelfde periode 1 geval gemeld, en vorig kwartaal waren er 12 meldingen. Er heeft geen verdere verspreiding plaatsgevonden op scholen.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (42) is afgenomen vergeleken met vorig kwartaal (61). Hiervoor is geen andere uitleg te geven dan de normale schommeling. Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers.

Hepatitis C

Het aantal gemelde gevallen van hepatitis C (10) blijft in dezelfde orde van grootte als in vorige kwartalen. Vanaf 1 juli 2003 zullen alleen nog acute vormen van hepatitis C meldingsplichtig zijn. De ervaring heeft geleerd dat de besmettingsbron bij hepatitis C bijna nooit te achterhalen is of in een zo ver verleden ligt dat het nemen van preventieve maatregelen om die bron te verwijderen niet meer zinvol is. Aangezien de ziekte bijna uitsluitend via bloed-bloed contact overdraagbaar is, is voorlichting ter voorkoming van overdracht naar andere personen daarom zeer eenvoudig. Elke behandelaar kan deze geven, zonder tussenkomst van een GGD.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (16) is dit kwartaal toegenomen vergeleken met het vorige kwartaal (3), maar veel lager dan tijdens het tweede kwartaal 2002 (50). Deze daling wordt ook landelijk geconstateerd.

Legionellose

Gedurende het tweede kwartaal 2003 zijn 3 gevallen van legionellose gemeld. De waarschijnlijke, maar niet bewezen besmettingsbronnen zijn achterhaald. Eén geval is waarschijnlijk in een buitenlands hotel besmet.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (1) was duidelijk minder dan vorig kwartaal (6), en van dezelfde orde van grootte als in dezelfde periode vorig jaar (2).

Mazelen

Er zijn geen nieuwe gevallen gemeld van mazelen. De besmetting die twee kinderen in het vorige kwartaal hadden opgelopen in Italië, heeft niet geleid tot verdere verspreiding in Den Haag. Dit waarschijnlijk dankzij de hoge vaccinatiegraad bij de kinderen uit hun omgeving, en de beperkte contacten die zij hebben gehad tijdens de besmettelijke periode.

Meningokokken

Gedurende het tweede kwartaal 2003 zijn 3 gevallen van hersenvliesonteking vastgesteld die veroorzaakt waren door meningokokken. Het gaat om 3 volwassenen, waarvan 1 zeer snel overleden is. Van deze overleden 30-jarige patiënt is het type verwekker aangetoond. Het gaat om de C-variant, waartegen vorig jaar kinderen tot 19 jaar zijn gevaccineerd.

Paratyfus

Er is 1 geval van paratyfus A (een ziekte die lijkt op een lichte buiktyfus) gemeld in het tweede kwartaal 2003.

Voedselinfecties

Er zijn 5 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het ging om 4 individuele gevallen,

waarbij de betrokkenen werkzaam zijn in de voedingssector of in de ziekenverzorging; daarom moesten deze gevallen worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de vijfde melding, veroorzaakt door een salmonella-bacterie, waren 7 personen in een instelling ziek geworden (zie volgende paragraaf).

Infectieziekten gemeld door instellingen

Naast enkele meldingen voor diverse infectieziekten zijn in het tweede kwartaal 2003 5 meldingen gedaan van diarree-uitbraken in instellingen. Het ging vooral om verpleeg- en verzorgingshuizen (4). Slechts in 1 geval is een verwekker aangetoond. Het ging om een besmetting door een salmonella bacterie, die vooral via ei-producten overgedragen wordt. Ondanks uitgebreid epidemiologisch onderzoek van de GGD en de Keuringsdienst van Waren is de besmettingsbron niet ontdekt. De uitbraak is ook dankzij stringente hygiënemaatregelen beperkt gebleven.

Meldingen tweede kwartaal 2003, regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er zijn 3 gevallen gemeld van Shigella sonnei. Alle betrokkenen hebben de ziekte in het buitenland opgelopen (Uganda en Egypte). Egypte blijft een risicoland voor het oplopen van shigellose.

Buiktyfus

Er waren 4 meldingen van buiktyfus uit 1 gezin. Het gezin is op reis geweest naar Nigeria, waarschijnlijk heeft een kind de rest van de familie besmet.

Hepatitis A

Er was 1 melding van hepatitis A, bij een volwassen vrouw. De bron is onbekend.

Hepatitis B

De 3 meldingen van hepatitis B betroffen chronische dragers.

Hepatitis C

Er zijn 2 gevallen van hepatitis C aangemeld; allen zijn dragers. Een besmetting heeft waarschijnlijk plaatsgevonden via intraveneus druggebruik.

Kinkhoest

Er zijn 27 gevallen van kinkhoest aangegeven. Dit is minder dan in het eerste kwartaal van dit jaar (41).

Meningokokkose

7 maal was er een melding van meningokokkose. Het betrof 5 keer een type B, eenmaal een type C en eenmaal een type W135. Het ging om 5 kinderen en 2 volwassenen.

Paratyfus C

Er is 1 geval van paratyfus C gemeld. Het betrof een kind van 12 jaar. De besmetting is in Nederland opgelopen.

Tuberculose

Er zijn 10 gevallen van tuberculose gemeld uit de regio Delfland, in de hele regio Zuid-Holland West waren er 12 gevallen van tuberculose.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

Mw. P. van Leeuwen

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

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		eerste kwartaal 2003			vier voorafgaande kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		2 ^e kw. 2003	2 ^e kw. 2003	2 ^e kw. 2003	2 ^e kw. 2002	3 ^e kw. 2002	4 ^e kw. 2002	1 ^e kw. 2003	1 ^e t/m 2 ^e kw. 2003	1 ^e t/m 2 ^e kw. 2002
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	3	5	5	10	15	5	10	6
	buiktyfus		4	4		1	2	1	5	2
	cholera									
	hepatitis A	9	1	10		4	23	12	22	7
	hepatitis B*)	42	3	45	41	67	62	71	116	108
	hepatitis C	10	2	12	15	14	20	19	31	30
	kinkhoest	16	27	43	83	124	132	44	87	196
	legionella pneumonie	3	1	4	2	8	5	2	6	3
	mazelen							2	2	
	meningokokkose	3	7	10	7	1	2	10	20	17
	paratyfus A	1		1		2	1		1	
	paratyfus B (C)		1	1					1	
	tuberculose	43	12	55	38	41	33	34	89	78
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	5		5	6	5	8	5	10	8
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157					2		1	1	
	leptospirose									
	malaria	1		1	3	15	6		1	15
	ornithose/psittacose				2			5	5	4
	Q-koorts					1				
	rode hond									
totaal		135	61	196	202	295	309	211	407	474

*) inclusief dragers

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

