



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 45, 2010, nummer 2

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

De toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst

volksgezondheid

Hiv-preventie onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen

Evaluatie van het gemeentelijk actieprogramma
'Gezondheidsachterstand Moet Wijken!', periode 2003-2006

Gezonde wijkinitiatieven
Een beschrijving van de gezondheidsprojecten gefinancierd met het wijkactiebudget
in de periode 2007-2009

Korte berichten

Colofon

Juni 2010, 45ste jaargang nr. 2

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. I.M. van der Meer, GGD Den Haag (kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, arts, Den Haag
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EMG
tel.: 070 - 3537266, fax : 070 - 353 72 92
e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet:

[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Gezondheidsonderzoek.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Gezondheidsonderzoek.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag
Intern Dienstencentrum

Fotografie

Peter van Oosterhout

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

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

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

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie De toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst <i>A.E. Boon, A.M. de Haan</i>	2
Volksgezondheid Hiv-preventie onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen <i>A.C.M. van Schaik, M.G.B.C. Bertens, M.van Vilsteren, R. Edelenbosch, J. de Boer, D. Oomen</i>	8
Evaluatie van het gemeentelijk actieprogramma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken!', periode 2003-2006 <i>M. Schmidt</i>	16
Gezonde wijkinitiatieven Een beschrijving van de gezondheidsprojecten gefinancierd met het wijkactiebudget in de periode 2007-2009 <i>H. Verpoorten, K. Hermans, M.C. Weitenberg</i>	22
Korte berichten	30

Redactioneel

Terugdringen gezondheidsachterstanden is maatwerk

Sinds 2002 staat in Haaglanden het thema 'terugdringen van gezondheidsachterstanden' hoog op de politieke agenda. Het juninummer van het Epidemiologisch Bulletin schetst een beeld van hoe binnen Haaglanden vorm wordt gegeven aan dit thema.

Het artikel over de evaluatie van het beleidsprogramma Gezondheidsachterstand Moet Wijken van de gemeente Den Haag is een samenvatting van een promotiestudie naar de Haagse inspanningen de afgelopen jaren. Om de strategisch belangrijke aandacht te trekken voor deze weerbarstige gezondheidsproblematiek blijkt het effectief de oplossingen vooral te relateren aan beleidsprincipes, die door de gemeentelijke coalitie al breed worden gedragen. Hiernaast vraagt daadwerkelijke bewonersparticipatie om het voortdurend monitoren van de contextuele, economische en culturele behoeften van de bewoners. Aangezien die behoeften -mede- als gevolg van de interventies aan verandering onderhevig zijn, is dat zeker geen sinecure.

Het artikel over gezonde wijkinitiatieven gaat in op onder meer dit vraagstuk. Het dilemma van Sturing versus Keuzevrijheid speelt eveneens bij landelijke beleidsnota's. Vraag je wijkbewoners zelf wat ze belangrijk vinden in verband met hun gezondheid, dan geven ze onderwerpen aan die niet bepaald samenvallen met de speerpunten in het landelijk gezondheidsbeleid. Wellicht kunnen de Haagse ervaringen meegenomen worden bij de ontwikkeling van de volgende landelijke preventienota.

De artikelen over onderconsumptie bij de jeugd-GGZ en hiv-preventie bij Sub-Sahara Afrikaanse vrouwen hebben eveneens betrekking op gezondheidsachterstanden. Uit beide artikelen blijkt dat (het gebrek aan) kennis bij de doelgroepen een grote rol speelt. In het artikel over onderconsumptie lijkt er sprake van gezondheidsachterstanden als gevolg van de mate van protoprofessionalisering (kennis over het aanbod van zorg). In het stuk over hiv-preventie lijkt de gezondheidsachterstand het gevolg van onvoldoende op maat gesneden kennisoverdracht over risico's en preventie.

In Haaglanden kunnen we vaststellen dat er nog veel kennis moet worden vergaard over de weerbaarheid van het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Alleen zo is het mogelijk om op basis van evidence onze interventies vorm te geven.

De toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst¹

A.E. Boon en A.M. de Haan

Bij zeven procent van alle jeugdigen in Nederland is een behandeling geïndiceerd vanwege psychiatrische problematiek, maar minder dan de helft van hen vindt de weg naar GGZ-voorzieningen (1). De toegang tot de Jeugd-GGZ blijkt bovendien niet gelijk voor de verschillende etnische groepen. Van de jongeren van niet-Nederlandse herkomst maakt een nog kleiner deel (circa 1,5%) gebruik van de GGZ (2). Terwijl onderzoek uitwijst dat psychiatrische problemen bij deze jongeren minstens even vaak voorkomen als bij leeftijdgenoten van Nederlandse origine (3-9). Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat er sprake is van algehele onderconsumptie van de Jeugd-GGZ, in het bijzonder bij jongeren van niet-Nederlandse herkomst.

De Haagse GGZ-instelling voor jeugdigen De Jutters heeft, tot nu toe als enige in Nederland, besloten over te gaan tot registratie van het geboorteland van cliënten en hun ouders, teneinde zicht te krijgen op de etnische samenstelling van het cliëntenbestand. Alleen op deze manier ontstaat duidelijkheid over wat er moet gebeuren om de GGZ voor alle bevolkingsgroepen gelijkmatig toegankelijk te maken. Onderstaand artikel bevat de bevindingen op grond van deze registratie.

Bij de Jutters, de Haagse GGZ instelling voor de jeugd, bestond al langere tijd de indruk dat het aantal cliënten van niet-Nederlandse herkomst aanmerkelijk lager ligt dan op grond van de etnische samenstelling van het verzorgingsgebied kan worden verwacht. Een uitzondering hierop vormen de forensische afdelingen waar, in tegenstelling tot de reguliere afdelingen, juist de indruk bestaat dat er wél veel jongeren van niet-Nederlandse herkomst worden behandeld. Maar door het ontbreken van een betrouwbare registratie van de etnische herkomst konden tot nu toe geen uitspraken worden gedaan over de exacte onder- of oververtegenwoordiging van de verschillende bevolkingsgroepen bij de reguliere en forensische Jeugd-GGZ. Daarom besloot De Jutters, als eerste en enige Jeugd GGZ instelling van Nederland, om door registratie van het geboorteland meer inzicht te krijgen in de verhouding tussen de cliënten uit verschillende herkomstlanden.

Aan de hand van de cijfers wil men bij De Jutters, die zowel reguliere als forensische Jeugd-GGZ aanbiedt, meer inzicht krijgen in de etnische samenstelling van het cliëntenbestand. Door de instellingscijfers (van

2008) te relateren aan die van de bevolking van het verzorgingsgebied (eveneens van 2008) ontstaat meer inzicht in het percentage jongeren dat per etnische groep behandeld wordt. Hierdoor wordt het mogelijk om de relatieve kans op behandeling per etnische groep te berekenen. Door de resultaten van dit onderzoek ontstaat meer duidelijkheid over wat er moet gebeuren om gelijke toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor alle bevolkingsgroepen te realiseren. In het themanummer Jeugd van het Epidemiologisch Bulletin dat verscheen in december 2008, is reeds kort aandacht besteed aan dit onderwerp en andere onderzoeksactiviteiten van De Jutters (10).

Resultaten

Van de bevolking tot twintig jaar in het verzorgingsgebied van De Jutters (Den Haag, Leidenschendam-Voorburg, Zoetermeer, Wassenaar en Westland) is iets meer dan de helft (51,8%) van Nederlandse herkomst. Voor de totale cliëntengroep ligt dit percentage aanmerkelijk hoger (61,5%). Voor in de reguliere Jeugd-GGZ behandelde cliënten is het percentage 63,4 % en bij het forensisch circuit is

Over de auteurs:

Dr. Albert Boon, GZ psycholoog en senior onderzoeker en drs. Anna de Haan, psycholoog en junior onderzoeker, zijn beiden werkzaam bij Stichting De Jutters in Den Haag. E-mail: anna.dehaan@dejutters.com.

¹ Dit is een bewerking van Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere Jeugd-GGZ cliënten. Het oorspronkelijke artikel verscheen in het februari-nummer 2010 van Kind en Adolescent en is in pdf beschikbaar via www.bsl.nl/ka.

Tabel 1.

Percentage behandeling en relatief risico (RR) voor reguliere Jeugd-GGZ (0-14 jaar) afgezet tegen het verzorgingsgebied. Indeling naar westerse en niet-westerse herkomstlanden en eerste en tweede generatie.

	Verdeling naar herkomst in de regio (%)	Verdeling naar herkomst van cliënten De Jutters (%)	Percentage behandeld (%)	Kans op behandeling (RR)
Nederlands	51,7	63,4	3,7	1,00
westers 2e generatie ¹	7,1	5,2	2,1	0,57
westers 1e generatie ²	3,1	2,1	2,0	0,54
niet-westers 2e generatie ³	34,1	25,0	2,2	0,59
niet-westers 1e generatie ⁴	3,9	4,2	3,2	0,86
Totaal	100	100	2,9	

¹ hieronder vallen 0-14 jarigen waarvan ten minste één van de biologische ouders in een ander westers land geboren is, maar die zelf in Nederland geboren zijn;

² hieronder vallen 0-14 jarigen die zelf in een ander westers land geboren zijn.

³ hieronder vallen 0-14 jarigen waarvan ten minste één van de biologische ouders in een niet-westers land geboren is, maar die zelf in Nederland geboren zijn;

⁴ hieronder vallen 0-14 jarigen die zelf in een niet-westers land geboren zijn.

Tabel 2.

Percentage behandeling en relatief risico (RR) voor reguliere Jeugd-GGZ (0-14 jaar) afgezet tegen het verzorgingsgebied. Indeling naar belangrijkste herkomstlanden.

Land van herkomst	Verdeling naar herkomst in de regio (%)	Verdeling naar herkomst van cliënten De Jutters (%)	Percentage behandeld (%)	Kans op behandeling (RR)
Nederland	51,7	63,4	3,7	1,00
Suriname	8,5	8,4	3,1	0,84
Turkije	8,2	4,1	1,6	0,43
Marokko	7,5	4,3	1,8	0,49
Nederlandse Antillen/Aruba	2,6	2,7	3,3	0,89
Indonesië	1,1	0,9	2,6	0,70
Overige Afrikaanse landen	4,2	3,2	2,5	0,68
Overig niet Nederland	16,2	13,0	2,5	0,68
Totaal	100	100	2,9	

37,8% van de cliënten van Nederlandse herkomst. Allereerst is onderzocht in hoeverre de jonge cliënten (0-14 jaar) die in de reguliere GGZ-afdelingen behandeld worden, wat etnische herkomst betreft een afspiegeling vormen van hun leeftijdgenoten in de algemene bevolking. In Tabel 1 is te zien dat van de jeugd van Nederlandse herkomst 3,7% in behandeling was.

De kans op behandeling, uitgedrukt in een relatief risico (RR), is berekend met de jongeren van Nederlandse herkomst als referentiegroep. In verhouding met deze groep is de kans op behandeling voor de meeste immigrantenkinderen ongeveer de helft, met uitzondering van de kinderen die zelf in een niet-westers land geboren zijn (niet-westers 1e generatie). Voor deze groep is de kans op behandeling bijna net zo groot als die voor kinderen van Nederlandse herkomst (RR=0,86). Omdat in de

zorgadministratie geen vermelding wordt gemaakt van adoptiekinderen (die vaak uit niet-westerse landen afkomstig zijn), zijn deze ingedeeld als eerste-generatie-immigranten. Ingeschat wordt dat ongeveer 15% procent van de categorie 'niet-westers eerste generatie' adoptiekinderen betreft of kinderen van Nederlandse ouders die in het buitenland hebben gewoond. Omdat de beslissing om voor een behandeling in de Jeugd-GGZ te kiezen in het algemeen door de ouders wordt genomen, moet de kans op behandeling voor deze groep worden gecorrigeerd. Als de vermoedelijke adoptiekinderen buiten beschouwing worden gelaten, ligt het relatieve risico voor de eerste generatie niet-westerse immigranten, met een percentage dat in behandeling is van 2,69%, dichterbij de andere groepen van niet-Nederlandse herkomst (RR=0,73). Dezelfde groep regulier behandelde cliënten (0-14

jaar) is ook ingedeeld naar land van herkomst (tabel 2). De kans op behandeling is weer berekend met de jongeren van Nederlandse herkomst als referentiegroep. Hieruit blijkt dat vooral jeugdigen van Turkse (RR=0,43) en Marokkaanse (RR=0,49) herkomst zijn ondervertegenwoordigd in het cliëntenbestand.

Omdat voor de oudere groep jongeren naast reguliere ook forensische behandeling mogelijk is, zijn de behandelpercentages en de relatieve risico's voor de groep van 15-19 jaar berekend voor beide behandelsoorten. Voor de reguliere behandeling wijken de cijfers (tabel 3) weinig af van die van de groep onder de 15 jaar in tabel 1. Voor het forensische behandelcircuit verschillen de relatieve risico's in tabel 3 echter sterk met die van het reguliere circuit. Voor jongeren van 15 jaar en ouder van westerse herkomst is de kans op forensische behandeling niet groter dan die voor jongeren van Nederlandse origine (RR<1,00), maar voor de tweede generatie jongeren uit niet-westerse landen is deze kans ruim tweemaal zo groot (RR=2,14) en voor eerste generatie niet-westerse jongeren bijna tweemaal zo groot (RR=1,86).

In figuur 1 zijn de relatieve risico's voor behandeling van jongeren van 15 jaar en ouder nogmaals weergegeven. Uit de figuur wordt duidelijk dat met name bij jongeren van niet-westerse herkomst grote verschillen zijn in de kans op behandeling in de reguliere of in de forensische Jeugd-GGZ.

De indeling naar land van herkomst (tabel 4) laat grote verschillen zien tussen de kansen op behandeling in het reguliere dan wel het forensische circuit voor jongeren uit de verschillende landen van herkomst. Het percentage behandelde jongeren van Nederlandse herkomst (3,3% voor reguliere behandeling, 0,7% voor forensische behandeling) is als referentiepunt voor de andere groepen genomen. Behalve voor de groep jongeren van 15 jaar en ouder van Indonesische herkomst is er voor alle etnische minderheidsgroepen een kleinere kans op een reguliere behandeling (RR<1) en een grotere kans op een forensische behandeling (RR>1). Indonesische jongeren zijn in beide behandelsettings ondervertegenwoordigd; dit stemt overeen met andere onderzoeken (2).

Het meest in het oog springen de Marokkaanse, Antilliaanse of Arubaanse jongeren en jongeren uit de rest van Afrika. Hun kans op behandeling in het forensische circuit is twee- tot driemaal zo groot als die van hun leeftijdgenoten van Nederlandse herkomst. De eerste twee groepen zijn daarbij ook nog sterk ondervertegenwoordigd in het reguliere circuit. Antilliaanse of Arubaanse jongeren zijn daarentegen niet ondervertegenwoordigd bij de 0-14-jarige leeftijdsgroep (RR=0,89).

In figuur 2 zijn nogmaals de relatieve risico's voor behandeling uit tabel 4 weergegeven. Hierdoor wordt duidelijk dat vooral jongeren met een Marokkaanse en Antilliaanse of Arubaanse achtergrond en in iets mindere mate jongeren met een Afrikaanse achtergrond zijn oververtegenwoordigd in het forensische

Tabel 3.

Percentage behandeling en relatief risico (RR) voor reguliere (Reg.) en forensische (For.) Jeugd-GGZ (15 jaar en ouder). Indeling naar westerse en niet-westerse herkomstlanden en eerste en tweede generatie.

	Verdeling naar herkomst in de regio (%)	Verdeling naar herkomst van cliënten De Jutters (%)		Percentage behandeld (%)		Kans op behandeling (RR)	
		Reg.	For.	Reg.	For.	Reg.	For.
Nederlands	52,0	61,4	37,8	3,3	0,7	1,00	1,00
westers 2de generatie ¹	6,5	5,7	4,0	2,5	0,6	0,76	0,86
westers 1ste generatie ²	4,0	3,1	2,2	2,2	0,5	0,67	0,71
niet-westers 2de generatie ³	26,0	21,3	40,7	2,3	1,5	0,70	2,14
niet-westers 1ste generatie ⁴	11,6	8,4	15,3	2,1	1,3	0,64	1,86
Totaal	100	100	100	2,8	0,9		

¹ hieronder vallen 15-19 jarigen waarvan ten minste één van de biologische ouders in een ander westers land geboren is, maar die zelf in Nederland geboren zijn;

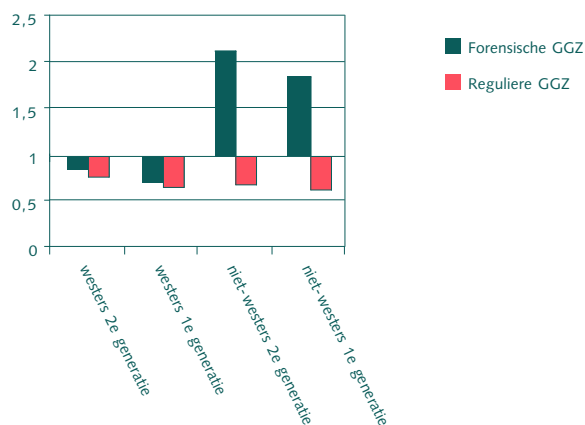
² hieronder vallen 15-19 jarigen die zelf in een ander westers land geboren zijn;

³ hieronder vallen 15-19 jarigen waarvan ten minste één van de biologische ouders in een niet-westers land geboren is, maar die zelf in Nederland geboren zijn;

⁴ hieronder vallen 15-19 jarigen die zelf in een niet-westers land geboren zijn.

Figuur 1.

Kans (uitgedrukt in relatief risico) op behandeling in het reguliere en forensische behandelcircuit voor westerse en niet-westerse eerste-generatie- en tweede-generatie-immigranten (jongeren van 15 jaar en ouder).



circuit en dat bij deze groepen de verschillen tussen forensische behandeling en reguliere behandeling het grootst zijn.

Beschouwing

Uit landelijke gegevens was wel bekend dat jongeren van niet-Nederlandse herkomst zijn ondervertegenwoordigd in de Jeugd-GGZ. Ook was bekend dat zij een grotere kans hebben te worden doorverwezen naar de forensische GGZ. In dit artikel worden echter voor het eerst de cijfers van een Jeugd-GGZ instelling gepresenteerd die representatief zijn voor een grootstedelijk gebied.

Omdat De Jutters in 2008 bijna een monopoliepositie had in het verzorgingsgebied, hebben de gegevens

betrekking op bijna alle jongeren uit de regio en geven ze dus een goed beeld van de werkelijke situatie. Van de jongeren van 0-14 jaar van Nederlandse herkomst is bijna 4% in 2008 in behandeling bij De Jutters (reguliere circuit). Voor jongeren met een Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse achtergrond is dit percentage bijna gelijk. Voor de overige etnische minderheidsgroepen ligt het percentage tussen 2 en 3 procent. Bij de groep van 15 jaar en ouder is het percentage voor jongeren van Nederlandse, Surinaamse, Afrikaanse (niet Marokko) en overige niet-Nederlandse herkomst in het reguliere circuit rond de 3. Voor de andere herkomstsgroepen ligt dit tussen de 1 en 2 procent. Bij de forensische afdelingen wijken deze percentages echter sterk af. Van jongeren van Nederlandse herkomst (15 jaar en ouder) is iets meer dan een half procent (0,7%) in behandeling. Voor diverse immigrantengroepen zijn de percentages twee tot drie maal zo hoog.

De vergelijking van de kansen op behandeling laat zien dat er grote verschillen zijn in de 'behandelkansen' van de verschillende etnische herkomstsgroepen. Voor de jongeren van 0-14 jaar is er alleen reguliere Jeugd-GGZ voorhanden. Hier blijkt dat zowel westerse als niet-westerse immigranten van beide generaties sterk zijn ondervertegenwoordigd in de Jeugd-GGZ. Hun kans op behandeling is bijna half zo klein als die van hun leeftijdgenoten van Nederlandse herkomst. Vergelijken we deze cijfers met die van de oudere groep jongeren (15 jaar en ouder), dan zien we dat de ondervertegenwoordiging bij reguliere behandelingen voor alle etnische minderheidsgroepen iets afneemt, maar dat de cijfers in het forensische circuit radicaal anders liggen. Ook

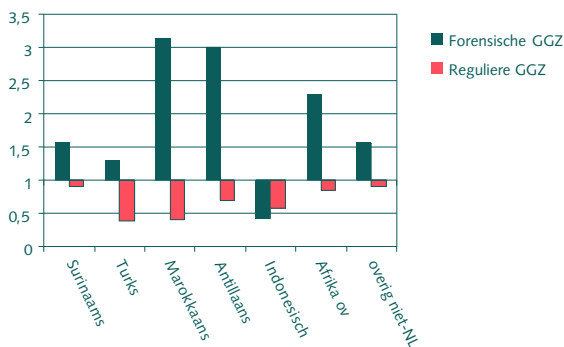
Tabel 4.

Percentage behandeling en relatief risico (RR) voor reguliere (Reg.) en forensische (For.) Jeugd-GGZ (15 jaar en ouder). Indeling naar land van herkomst.

Land van herkomst	Verdeling naar herkomst in de regio (%)	Verdeling naar herkomst van cliënten De Jutters (%)		Percentage behandeld (%)		Kans op behandeling (RR)	
		Reg.	For.	Reg.	For.	Reg.	For.
Nederland	52,0	60,0	37,0	3,3	0,7	1,00	1,00
Suriname	11,1	11,5	12,6	3,0	1,1	0,91	1,57
Turkije	7,7	3,5	7,3	1,3	0,9	0,39	1,29
Marokko	6,2	3,1	14,5	1,4	2,2	0,42	3,14
Nederlandse Antillen / Aruba	3,1	2,4	6,5	2,3	2,1	0,70	3,00
Indonesië	2,4	1,5	0,7	1,9	0,3	0,58	0,43
Overige Afrikaanse landen	2,8	2,7	4,6	2,8	1,6	0,85	2,29
Overig niet Nederland	14,7	15,3	16,7	3,0	1,1	0,91	1,57
Totaal	100	100	100	2,9	1,0		

Figuur 2.

Kans (uitgedrukt in relatief risico) op behandeling in het reguliere en forensische behandelcircuit voor jongeren uit verschillende herkomstlanden (jongeren van 15 jaar en ouder).



hier zijn de westerse immigranten ondervertegenwoordigd, de niet-westerse groepen zijn hier echter sterk oververtegenwoordigd. Deze bevinding sterkt het vermoeden dat onbehandelde gedragsstoornissen op jonge leeftijd bij niet-westerse immigrantengroepen, later voor een door de rechter afgedwongen (forensische) behandeling zorgen.

De westerse immigrantengroepen zijn op alle fronten (ook bij de forensische afdelingen) ondervertegenwoordigd in de Jeugd-GGZ. Door de samenstelling van de bevolking in de Haagse regio is het echter moeilijk om een goed beeld van deze groep te krijgen. Omdat in de regio vele internationale organisaties gehuisvest zijn, zal het voor een deel om kinderen van expats gaan, die mogelijk bij psychiatrische problemen een beroep doen op hulpverleners in het thuisland. Daarnaast woont in de regio een groot aantal personen uit de voormalige Oostbloklanden, die mogelijk nog weinig bekend zijn met de GGZ-voorzieningen in ons land.

Bij de indeling naar herkomstland valt bij de 0-14 jarige jongeren op dat het gebruik van de Jeugd-GGZ van de Surinaamse groep en de Antilliaanse of Arubaanse groep nauwelijks afwijkt van die bij de oorspronkelijk Nederlandse bevolking. Het is jammer dat door de beperkte registratie geen onderscheid kan worden gemaakt binnen de oorspronkelijk uit Suriname afkomstige groep en die uit de Antillen of Aruba. Onder deze groep vallen mensen met grote cultuurverschillen (bijv. Hindostaans, Creools). Op grond van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk te zeggen of en zo ja welke van de Surinaamse of Antilliaanse groepen het meest van de reguliere Jeugd-GGZ profiteert.

Bij de groep jongeren van 15 jaar en ouder ligt de kans op behandeling in de reguliere GGZ wat lager voor de Antilliaanse of Arubaanse jeugd, maar immigranten van Afrikaanse herkomst blijken wat betreft zorggebruik ongeveer gelijk aan jongeren van Nederlandse herkomst, evenals jongeren uit de rubriek 'overige landen'. Bij de forensische afdelingen zien we dat de Antilliaanse of Arubaanse adolescenten sterk zijn oververtegenwoordigd. Het vermoeden bestaat dat hun psychiatrische problemen vaker tot een gedwongen dan tot een reguliere behandeling leiden. Jongeren van Afrikaanse herkomst zijn eveneens oververtegenwoordigd in de forensische zorg en dat geldt nog sterker voor de jongeren van Marokkaanse komaf. Voor beide groepen geldt ook dat ze slecht worden bereikt door de reguliere Jeugd-GGZ.

De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding om stil te staan bij het bereik van de reguliere Jeugd-GGZ. Veel immigrantengroepen worden, in vergelijking met hun van oorsprong Nederlandse leeftijdsgenoten, slechter bereikt als er tijdens de kinderjaren sprake is van psychiatrische problematiek. Hun oververtegenwoordiging bij de forensische behandeling zou er mogelijk op kunnen wijzen dat de onbehandelde psychiatrische problematiek pas later, als zij bij de rechter terechtkomen, wordt onderkend. Onder andere hierom ligt er een taak voor de Jeugd-GGZ om meer 'outreaching' te zijn naar potentiële cliënten van niet-Nederlandse herkomst.

De resultaten van bovenstaand onderzoek vragen om vervolgonderzoek. Zo zal de Jutters in de nabije toekomst onderzoek starten om meer inzicht te krijgen in een mogelijke (etnische) 'bias' die optreedt in het traject dat leidt tot behandeling in de Jeugd-GGZ. Recente publicaties op dit gebied laten namelijk zien dat er bij autistische stoornissen sprake is van een etnische bias bij kinder- en jeugdartsen in de beoordeling van kinderen met een niet-Nederlandse achtergrond (11). Dit leidt tot onderdiagnose en afwijkend verwijsgedrag. Als dit voor meer stoornissen geldt, zou dit een deel van onze bevindingen hierboven kunnen verklaren.

Gebruik van de GGZ veronderstelt een zekere mate van protoprofessionalisering (12-14), waardoor mensen weten voor welke problemen ze hulp kunnen zoeken bij professionele hulpverleners. Deze protoprofessionalisering heeft de afgelopen halve eeuw onder de Nederlandse bevolking plaatsgevonden en tot een grotere zorgconsumptie geleid. Nader inzicht in de mate van protoprofessionalisering van

immigrantengroepen is vereist. Voor een adequaat hulpaanbod is meer kennis nodig van hoe zij probleemgedrag interpreteren en op grond waarvan zij daarvoor behandeling zoeken. Een door de Jutters reeds uitgevoerde pilot bij gezinnen van Turkse herkomst is veelbelovend.

Tenslotte is het belangrijk om te onderzoeken hoe het de jongeren van niet-Nederlandse herkomst vergaat wanneer ze wel door de (reguliere) Jeugd-GGZ worden bereikt. In dit onderzoek dienen factoren te worden bestudeerd, die een rol spelen bij het voortijdig afbreken van de behandeling binnen de Jeugd-GGZ. Er zijn namelijk aanwijzingen dat cliënten met een niet-Nederlandse achtergrond vaker en eerder in het behandelproces de therapie voortijdig afbreken ('drop-out').

De Jutters is reeds gestart met de beantwoording van deze laatste onderzoeksvraag.

Referenties:

1. Sytema S, Gunther N, Reelick F, Drukker M, Pijl B, Land H van 't. Verkenningen in de kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
2. GGZ Nederland. Culturele herkomst van cliënten in de GGZ en verslavingszorg. Utrecht: GGZ Nederland, 2008.
3. Murad S D, Joung I M A, Lenthe F J van, Bengi-Arslan L, Crijnen A A M. Predictors of self-reported problem behaviors in Turkish immigrants and Dutch adolescents in the Netherlands. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44, 412-423.
4. Janssen M M M, Verhulst F C, Bengi-Arslan L, Erol N, Salter C J, Crijnen A A M. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39, 133-140.
5. Reijneveld S A, Harland P, Brugman E, Verhulst F C, Verloove-Vanhorick S P. Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children; Ethnicity plays a role in their occurrence and identification. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2005;14, 145-152.
6. Sociaal en Cultureel Planbureau. Kinderen in Nederland. Den Haag: SCP, 2005.
7. Stevens G W M. Mental health in Moroccan youth in the Netherlands. Rotterdam: Optima, 2004.
8. Vollebergh W A M, Have M ten, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R, Winter A de, Ormel H, Verhulst F. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40, 489-496.
9. Zwirs B W C, Burger H, Schulpen T W J, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar J K. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2007; 35, 556-566.
10. Haan A M de, Boon A E. Onderzoek naar de aard, omvang en oorzaken van de ondervertegenwoordiging van niet-westerse allochtone jongeren in de Jeugd-GGZ. *Epidemiologisch Bulletin* 2008; 43, 49-50
11. Begeer S, El Bouk S, Boussaid W, Meerum Terwogt M, Koot H M. Underdiagnosis and referral bias of autism in ethnic minorities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2009; 39, 142-148.
12. Boon A E, Haan A M de, Boer S B. de. Registratie van etnische herkomst: antwoord. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2009; 64, 957-959.
13. Brinkgreve C, Onland J H, Swaan A de. Sociologie van psychotherapie, dl. 1. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Utrecht: Het Spectrum, 1979.
14. Vollebergh W A M. Gemiste kansen, Culturele diversiteit in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent* 2003; 24, 209-221.

Hiv-preventie onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen

A.C.M. van Schaik, M.G.B.C. Bertens, M. van Vilsteren, R. Edelenbosch, J. de Boer, D. Oomen

De prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), en in het bijzonder het Human Immunodeficiency Virus (HIV) is verontrustend hoog, wereldwijd en ook in Nederland. Wereldwijd waren in 2007 circa 33 miljoen mensen geïnfecteerd met hiv; in dat jaar kwamen er 2,7 miljoen nieuwe personen met hiv bij en stierven 2,0 miljoen aan de gevolgen ervan (1). Dit betekent dat in 2007 ongeveer elke tien seconden iemand besmet werd met het hiv virus en dat dagelijks ongeveer 5.500 mensen overleden aan de gevolgen van aids.

Volgens de stichting HIV-Monitoring waren er in juni 2009 in Nederland 16.129 officieel geregistreerde mensen met hiv. 12.405 hiv-positieve personen consulteren regelmatig een van de hiv-behandelcentra (2). Een relatief grote groep nieuw gediagnosticeerde mensen met hiv in Nederland komt uit sub-Sahara Afrika. Zo is vastgesteld dat meer dan de helft van alle nieuwe gevallen bij vrouwen, vrouwen betreft afkomstig uit sub-Sahara Afrika (3).

In Den Haag woonden begin 2007 bijna 9000 mensen afkomstig uit sub-Sahara Afrika, 20% van deze groep komt uit Ghana. De GGD Den Haag probeert toename van het aantal besmettingen onder sub-Sahara vrouwen in Den Haag zoveel mogelijk te voorkomen. Probleem is ondermeer dat de groep moeilijk te bereiken is. Nu bestaat er een voorlichtingsmethodiek, Uma Tori, die eerder succesvol is uitgevoerd voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen. Belangrijkste onderdeel van Uma Tori is dat de vrouwen elkaar hun persoonlijke verhalen over seksualiteit vertellen en dat zij zo met elkaar meer zicht krijgen op de risico's die spelen bij seks (4-8). Onderzoekers van het Athena Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam hebben onderzoek gedaan naar achterliggende factoren die mogelijk van invloed zijn op seksueel risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Aan de hand van deze resultaten wordt nader bekeken of Uma Tori als methodiek geschikt is of kan worden aangepast voor de Afrikaanse vrouwen. Wat moet de inhoud zijn van zo'n interventie, 'waar is behoefte aan'? Hieronder staan de bevindingen van de onderzoekers.

In Nederland bestaat de grootste groep met nieuw gediagnosticeerde hiv uit mannen die seksueel contact hebben met mannen. De tabellen 1 en 2 tonen de nieuw gediagnosticeerde hiv-positieven bij soa-centra in Nederland onder mannen en vrouwen, naar etnische achtergrond. 54,5% van alle nieuwe hiv-gevallen onder vrouwen betreffen vrouwen afkomstig uit sub-Sahara Afrika. Het totaal aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-positieven via soa-centra in Nederland in 2007 is 306 (262 mannen en 44 vrouwen). De speciale hiv-behandelcentra registreerden in 2007 in totaal 864 nieuwe cliënten (3).

In Den Haag zijn op dit moment (eerste helft 2010) circa 1.100 hiv- en aids- patiënten in zorg bij de twee hiv-poli's van het Medisch Centrum Haaglanden

(afdeling Westeinde) en het Haga ziekenhuis (afdeling Leyenburg)¹. Onder hen bevinden zich ook sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Het merendeel van de cliënten woont in Den Haag.

In totaal waren op 1 januari 2007 bijna 9.000 Haagse inwoners van sub-Sahara Afrikaanse herkomst geregistreerd. Van deze groep waren er 1.812 van Ghanese afkomst, ongeveer 20% van het totaal aantal sub-Sahara Afrikanen in Den Haag².

Zoals gezegd, wil de GGD Den Haag toename van het aantal soa- en hivbesmettingen van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen in Den Haag zoveel mogelijk voorkomen. Uit ervaring blijkt dat deze vrouwen moeilijk te bereiken zijn en bij het hoge aantal besmettingen speelt een veelheid aan factoren

Over de auteurs:

Drs. Anette van Schaik is functionaris Gezondheidsbevordering bij de GGD Den Haag; dr. Madelief Bertens is universitair docent Gezondheidscommunicatie aan het Athena Instituut, faculteit Aard en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; Myrthe van Vilsteren, Rosanne Edelenbosch, Jenny de Boer en Dian Oomen waren ten tijde van het onderzoek Master-studenten International Public Health en Management Policy Analysis aan het Athena Instituut. E-mail: a.vanschaik@ocw.denhaag.nl.

¹ Mondelinge mededeling HIV-poli, Westeinde Ziekenhuis, Den Haag

² Bron: Gemeentelijke Basis Administratie

Tabel 1.

Nieuw gediagnosticeerde hiv-positieve mannen bij soa-centra in Nederland in 2007, naar etnische achtergrond.

Etnische achtergrond	Aantal	Percentage
Nederland	177	67,6
Turkije	1	0,4
Noord-Afrika/Marokko	5	1,9
Suriname/Antillen/Aruba	18	6,9
Sub-Sahara Afrika	12	4,6
Oost Europa	6	2,3
Latijns Amerika	14	5,3
Azië	9	3,4
Overig Europa	6	2,3
Overig	12	4,6
Onbekend	2	0,8
Totaal	262	100

Bron: (3)

mogelijk een rol. Dit kan zijn: etnische afkomst, migratie, religie, sociaal-economische status, gender, stigmatisering, risicoperceptie, cultuur en seksueel gedrag. De GGD Den Haag wil met een nieuw interventieprogramma soa en hiv bij deze groep terugdringen.

In Nederland is met succes het (evidence based) programma Uma Tori uitgevoerd, een preventieve interventie voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die wonen in Nederland (4-6). Uma Tori bevat cultuurgevoelige elementen en bestaat uit een serie voorlichtingen (vijf sessies), die binnen een Tupperware-achtige setting wordt gegeven. Binnen de sessies wordt aandacht besteed aan kennisstroom over soa, hiv en aids, maar ook aan attitudeverandering, risicoperceptie, ervaren sociale steun, taboedoorbreking, eigen effectiviteit, seksuele assertiviteit, intentie tot risico-reductie en communicatievaardigheden. Het belangrijkste van Uma Tori is dat vrouwen elkaar hun persoonlijke verhalen over seksualiteit vertellen en dat zij door hierop te reflecteren inzicht krijgen in risicovolle situaties, waardoor zij voor realistische risico-reductie strategieën kunnen kiezen (7-8).

Vanwege de goede resultaten die geboekt zijn met Uma Tori onder Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen wil de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Den Haag een vergelijkbare interventie ontwikkelen en implementeren onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. De vraag is of een vergelijkbaar preventieprogramma voor hen geschikt is.

Het eerste deel van een nieuw op te zetten planmatige

Tabel 2.

Nieuw gediagnosticeerde hiv-positieve vrouwen bij soa-centra in Nederland in 2007 naar etnische achtergrond.

Etnische achtergrond	Aantal	Percentage
Nederland	8	18,2
Turkije	0	0,0
Noord-Afrika/Marokko	0	0,0
Suriname/Antillen/Aruba	7	15,9
Sub-Sahara Afrika	24	54,5
Oost Europa	0	0,0
Latijns Amerika	1	2,3
Azië	0	0,0
Overig Europa	1	2,3
Overig	3	6,8
Onbekend	0	0,0
Totaal	44	100

Bron: (3)

voorlichtingsinterventie bestaat uit een onderzoek naar de gewenste inhoud (een zogenoemde needs assessment) en naar mogelijke manieren om de vrouwen te bereiken (een zogenoemde community assessment) (9-11). Drie concepten staan centraal in de needs assessment: gender, risicoperceptie en stigmatisering. In kader 1 worden de begrippen uitgelegd.

Kader 1

Gender komt uit het Engels en is niet makkelijk te vertalen. Gender gaat over de verschillen tussen mannen en vrouwen. Niet de biologische verschillen, maar de sociaal bepaalde kenmerken. Gender gaat over in de maatschappij vanzelfsprekende (dominante) ideeën, waarden en verwachtingen over mannelijke en vrouwelijke posities, eigenschappen, vaardigheden en gedrag. In verschillende situaties en binnen verschillende (seksuele) relaties. Gender is niet absoluut en verandert constant. Het verandert gedurende het leven van een individu, maar het varieert ook tussen en binnen culturen (12). Een voorbeeld hiervan is, dat mannen vaak een seksueel actieve, en vrouwen een seksueel passieve rol wordt toebedeeld. Vrouwen hebben dan minder onderhandelingsruimte om veilig vrijen te bespreken. Aan de andere kant wordt van mannen verwacht dat zij alle kennis in huis hebben en durven zij niet snel hun onzekerheden bloot te geven.

De vraagstelling van dit onderzoek is: in welke mate spelen gender, risicoperceptie en stigmatisering een rol in het seksuele risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen die wonen in Nederland?

Bij **risicoperceptie** spelen vier factoren een belangrijke rol. Ten eerste spelen de ideeën over hoe bekwaam mensen denken te zijn om het aanbevolen gedrag uit te kunnen voeren. Met andere woorden: denkt de betreffende persoon in staat te zijn veilige seks te bedrijven, bijvoorbeeld door een condoom te gebruiken of door monogaam te leven (perceived self-efficacy). Ten tweede is belangrijk of mensen geloven in het effect van het aanbevolen gedrag. Denken zij dat het gebruik van condooms ook werkelijk tegen soa's en hiv beschermt? (perceived response efficacy). Ten derde: hoe schatten mensen het risico in dat ze lopen? Hoe schat men de persoonlijke vatbaarheid voor besmetting in? (perceived susceptibility). En ten slotte speelt inschatting van de ernst van het hebben van een soa of hiv (perceived severity) een belangrijke factor bij risicoperceptie (13).

Stigma is een centraal begrip bij hiv en soa preventie. Iemand wordt gestigmatiseerd wanneer hij of zij negatief gewaardeerd wordt vanwege het feit dat hij of zij in welke zin dan ook anders is dan de 'normale' bevolking (14).

De vraagstelling van dit onderzoek is: in welke mate spelen gender, risicoperceptie en stigmatisering een rol in het seksuele risicogedrag van sub-Sahara Afrikaanse vrouwen die wonen in Nederland?

Methoden

Naast het bestuderen van de literatuur hebben de onderzoekers kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Ze hebben een vragenlijst ontwikkeld en afgenomen en semi-structureerde interviews gehouden.

Vragenlijst

In totaal hebben 99 Afrikaanse vrouwen van 17 jaar en ouder, afkomstig uit het sub-Sahara gebied en nu woonachtig in Nederland, de vragenlijst ingevuld. De vragenlijst bestond uit vragen over stigmatisering en risicoperceptie. Daarnaast werd een aantal kennisvragen gesteld over hiv en soa's, evenals een aantal demografische vragen. Het invullen van de vragenlijst kostte ongeveer 15-20 minuten. De vrouwen werden benaderd via Afrikaanse organisaties, winkels en

kappers. Daarnaast werden ze geworven tijdens bijeenkomsten van Afrikaanse vrouwen in Den Haag. Vrouwen die deelnamen werd gevraagd om in hun omgeving andere vrouwen met dezelfde afkomst te vragen ook deel te nemen. Er was een papieren versie van de vragenlijst beschikbaar en een elektronische versie, deze werden verspreid via sociale netwerken, Hyves en Facebook. In principe kwamen alle deelnemers uit Den Haag, maar om een zo hoog mogelijk aantal deelnemers te bereiken werd ook een aantal sub-Sahara Afrikaanse vrouwen uit andere delen van Nederland gevraagd om de vragenlijst in te vullen. De risicoperceptie werd gemeten met behulp van 4 items over self efficacy en susceptibility en 3 items over response efficacy en severity (13, 15). Stigmatisering werd gemeten met behulp van 8 items uit de stigma schaal van Kalichman (16). Deze schaal is speciaal ontwikkeld voor de inwoners van Zuid-Afrika en meet bestaande stigma's over mensen die leven met aids of hiv. Stigma's over soa's werden gemeten met behulp van de stigma schaal van Rusch (17). Deze schaal bevat 14 items die geschikt zijn voor sub-Sahara Afrikaanse vrouwen met een lage sociaal-economische positie. Met behulp van een 5 punt schaal (variërend van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) gaven de vrouwen aan in hoeverre zij het eens waren met de items over risicoperceptie en stigmatisering.

Interviews

Aanvullend op de vragenlijst zijn 32 semi-structureerde interviews gehouden met vrouwen uit het sub-Sahara gebied van 17 jaar en ouder. De bedoeling van de interviews was meer diepgaande informatie te verzamelen over gedachten, kennis en motivatie ten aanzien van seksueel gedrag van de vrouwen. Net als in de vragenlijst werd informatie verzameld over risicoperceptie en stigmatisering. Aanvullend hierop werden kwalitatieve gegevens verzameld over gender in relatie tot soa's en hiv. De werving voor de interviews ging op dezelfde manier als bij de vragenlijsten. Bovendien was in de vragenlijst al expliciet gevraagd of de vrouwen eventueel bereid waren mee te doen aan een interview.

De interviews duurden ongeveer anderhalf uur en werden afgenomen bij de vrouwen thuis aan de hand van een vooraf vastgestelde topic lijst. Twee onderzoekers namen het interview af, één voerde het gesprek en de ander observeerde en maakte aantekeningen. Aan iedere vrouw werd toestemming gevraagd om het interview op band op te nemen.

Tabel 3.*Kennis over hiv.*

	Aantal respondenten	Aantal vragen over het onderwerp	Gemiddeld aantal goed beantwoord
Algemeen	81	8	5,49
Transmissie	81	4	3,05
Testen	82	4	1,94

Resultaten**Deelnemers**

Van de 99 ingevulde vragenlijsten waren er 82 bruikbaar voor verdere analyse. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 29,5 jaar. Ongeveer de helft van de vrouwen kwam oorspronkelijk uit Ghana. Een derde van de vrouwen had een fulltime baan en de overgrote meerderheid was gelovig (84%). De meeste vrouwen (54%) gaven aan 0-3 seksuele partners te hebben gehad. Ongeveer de helft van de vrouwen had op het moment van het invullen van de vragenlijst een vaste seksuele partner. De meesten van hen bespraken veilig vrijen met hun vaste seksuele partner. In totaal had 16% meerdere seksuele partners, de meesten van hen bespraken veilig vrijen niet met hun losse partner. 7% van de vrouwen was hiv-positief, 20% gaf aan niet te weten of zij hiv hadden.

Van de 32 semi-gestructureerde interviews, werden er 22 gebruikt voor het analyseren van gender, 11 voor het analyseren van risicoperceptie, en 17 voor het analyseren van stigmatisering. Deze keuze was afhankelijk van welke onderzoekers het interview hadden afgenomen. De gemiddelde leeftijd van de 32 geïnterviewde vrouwen was 35,5 jaar.

Kennis over soa en hiv

In tabel 3 staan de resultaten over de kennis van hiv uit de vragenlijst. In totaal zijn acht algemene kennisvragen over hiv gesteld. Gemiddeld werden hiervan ongeveer 5,5 vragen goed beantwoord. De kennis over het testen (of de testmogelijkheden) van hiv was laag, gemiddeld werden nog geen twee van de vier vragen hierover goed beantwoord. In totaal werden alle vier de vragen over de transmissie van hiv door 54% van de respondenten goed beantwoord (niet in de tabel).

Uit de interviews bleek dat de vrouwen zich over het algemeen bewust waren van de risico's van onbeschermd seks. Naast het gebruik van condooms werd vooral het trouw zijn aan je partner gezien als een manier van veilig vrijen. De kennis over algemene

soa's was laag. Verscheidene vrouwen wisten niet wat een soa was, dat er verschillende soa's bestaan en hoe de transmissie verloopt. Wel wisten zij dat besmetting met een soa via seks plaats kan vinden.

De meeste vrouwen luisteren naar radioprogramma's en kijken naar televisieprogramma's uit hun land van herkomst. In deze landen komt hiv vaak voor, het is er dus regelmatig onderwerp van gesprek. Waarschijnlijk hebben zij hierdoor meer kennis over hiv dan over andere soa's. Van hiv kennen zij de transmissieroutes. Ze leggen vaak de nadruk op de transmissiemogelijkheid van hiv - anders dan bij soa's-, via bloedtransfusie en het delen van gebruikte naalden.

Gender

Deze resultaten zijn verkregen door middel van de interviews. Veel vrouwen zien hun rol als vrouw in het perspectief van die van mannen in het algemeen, en hun echtgenoot in het bijzonder. De vrouw zorgt voor haar familie en kinderen en zet anderen op de eerste plaats. De meeste vrouwen beschrijven hun rol als het steunen van hun echtgenoot, alles doen om hun echtgenoot tevreden te stellen. De vrouw heeft een man nodig om kinderen te krijgen. Vanaf het moment van de eerste menstruatie wordt het meisje als vrouw gezien, omdat menstrueren blijkt geeft van vruchtbaarheid. Dan kan ze dus trouwen. Het huwelijk wordt belangrijk gevonden, het laat zien dat een vrouw klaar is om kinderen te krijgen. Een huwelijk zonder kinderen is geen goed huwelijk. Vrouwen vinden het bijzonder om vrouw te zijn. Een vrouw is, in tegenstelling tot de man, goed in het doen van meerdere dingen tegelijkertijd (multi-tasking). Dit is één van haar krachten. Een tweede unieke kracht van de vrouw is het proces van zwangerschap, bevalling en voeden.

De rol van partner wordt door de vrouwen beschreven op basis van de kenmerken die een man 'zou moeten hebben'. Een partner zou de vrouw in haar werk en de zorg voor de kinderen moeten ondersteunen. Hij wordt als essentieel gezien bij de opvoeding van de kinderen en vooral bij het opvoeden van een jongen tot een man. Met enige regelmaat werd gemeld dat de

man gelijkwaardig is aan de vrouw. Maar in de praktijk wijkt het gedrag van de man vaak af van hoe de vrouwen zeggen dat de man zich zou moeten gedragen. De rol van de man is in zekere zin afhankelijk van hoe de vrouw haar eigen rol ziet. Het is belangrijk dat een vrouw voor het huwelijk maagd is. Het concept 'relatie' werd door de meesten gelijkgesteld aan het huwelijk. Een paar vrouwen, met een hogere opleiding en een betere sociaal-economische positie dan de meerderheid van de geïnterviewde vrouwen, zeiden dat je ook een relatie kan hebben vóór het huwelijk, maar dat het dan wel een serieuze relatie moet zijn. De vrouwen gaven aan dat de rol van seks in een relatie niet te negeren is. De gedachten van vrouwen over seks verschillen van het compleet maken van de relatie tot een verplichte activiteit binnen de relatie. Sommige vrouwen spraken alleen over seks als een manier om zwanger te worden. Volgens verschillende vrouwen is seks meer bedoeld voor mannen dan voor vrouwen. Tegenwoordig vindt echter een verschuiving plaats naar het idee dat je ook seks kan hebben voor je plezier.

Vruchtbaarheid is een van de belangrijkste waarden. Die kan worden afgelezen aan het lichaam van de vrouw. Een vruchtbare vrouw heeft een lichaam met rondingen en is seksueel gezond. Dunne of magere mensen in sub-Sahara Afrika leiden vaak aan een ziekte, zoals hiv/aids of malaria. Dit idee beïnvloedt de perceptie van seksuele gezondheid. In veel sub-Sahara Afrikaanse culturen wordt niet over ziekte gepraat. Zolang een vrouw dik is, zullen anderen denken dat ze gezond en gelukkig is, ook al is zij hiv-positief. De lichaamsbouw van de vrouw kan voorkomen dat over haar wordt geroddeld.

Een vrouw die kinderen heeft gekregen, wordt gezien als seksueel gezond. Als een stel geen kinderen kan krijgen, krijgt de vrouw daar de schuld van. Als vrouw voedt je zoveel mogelijk kinderen op, omdat het aangeeft dat je seksueel gezond bent en een goede vrouw. Eén vrouw gaf aan dat het niet slim is om meer kinderen op te voeden dan je aan kan. Een vrouw moet het beste aan haar kinderen geven, dat is niet gegarandeerd als er te veel monden moeten worden gevoed.

Geen van de vrouwen sprak over seksuele rechten als iets dat zij kunnen claimen. Vooral Islamitische vrouwen gaven aan dat hun partner de keuze maakt om al dan niet met een condoom te vrijen. Een vrouw kan die keuze niet weigeren, omdat haar partner dan zou kunnen denken dat ze vreemd is gegaan. Een ander gaf aan dat mannen denken dat ze minder

plezier zullen hebben als ze vrijen met een condoom. Vrouwelijke familieleden (tantes en zussen) vertellen een vrouw over seks en over hoe ze zich moeten gedragen. Jongere vrouwen praten meer over seks en seksuele gezondheid dan oudere vrouwen. Praten over seks en condooms is een taboe in veel sub-Sahara Afrikaanse (sub)culturen, omdat de vagina alleen voor de echtgenoot is. Maar veel vrouwen vinden het wel belangrijk dat meisjes geïnformeerd worden over seksuele gezondheid. Sommige vrouwen gaven aan dat ze zelf hadden willen weten dat je met condooms zwangerschappen kunt voorkomen. In sommige interviews kwam naar voren dat de media een belangrijke rol kunnen spelen in het praten over seks.

Risicoperceptie

Zoals eerder aangegeven, spelen vier factoren een belangrijke rol bij risicoperceptie (zie het kader op pagina 9). Hieronder worden de vier factoren besproken.

Perceived self-efficacy: De relatief hoge gemiddelde score uit de vragenlijst (zie tabel 4) geeft aan dat de vrouwen van mening zijn dat ze zelf veilig kunnen vrijen. Veel geïnterviewden hadden een stabiele vaste relatie en gebruikten daarom geen condoom tijdens het vrijen. Daarnaast zeiden veel vrouwen dat de mannen het probleem waren als het besmetting met soa's of hiv betrof, want zij zelf waren trouw aan hun partner, maar mannen hebben vaak verschillende seksuele partners. Hiermee neemt de kans op besmetting van de man toe en die van zijn vrouw. Daarom vinden vrouwen het belangrijk dat de mannen ook voorlichting krijgen. Sommige geïnterviewden waren vrijgezel en gaven aan dat ze een condoom zouden gebruiken als ze met iemand zouden vrijen, maar dat het moeilijk is om dat bespreekbaar te maken.

Perceived response efficacy: Uit de vragenlijst blijkt dat de vrouwen van mening zijn dat het gebruik van een condoom een effectieve manier is van veilig vrijen (zie tabel 4). De geïnterviewde vrouwen waren het erover eens dat soa's en hiv voorkomen kunnen worden door veilig vrijen. De 'perceived response efficacy' van condooms, het geloven in het effect van condooms, verschilde echter. Sommige vrouwen zeiden dat condooms niet veilig zijn, omdat ze maar voor 50% bescherming bieden. Anderen zeiden dat condooms voor 90% bescherming bieden, of dat het de meest effectieve manier is om soa's en hiv te voorkomen.

Perceived susceptibility: Uit de vragenlijst blijkt dat de vrouwen over het algemeen hun kans op het krijgen van een soa of hiv niet hoog inschatten (zie tabel 4).

Uit de interviews blijkt dat de vrouwen enerzijds aangeven dat iedereen vatbaar is voor soa's en hiv, maar anderzijds de eigen kans op het krijgen van een soa of hiv erg klein inschatten. Naarmate het interview persoonlijker werd, schatten de vrouwen hun eigen vatbaarheid lager in.

Perceived severity: Uit de vragenlijst blijkt dat soa's en hiv ernstige ziektes worden gevonden, de gemiddelde score ligt in de buurt van de maximale score (zie tabel 4). Binnen de interviews verschilden de meningen van de geïnterviewde vrouwen meer over de ernst van soa's en hiv. Een deel gaf aan dat het een hele ernstige, fatale ziekte is waar je veel pijn van zou hebben, terwijl een ander deel aangaf dat het niet zo'n ernstige ziekte is, want je wordt er niet zo heel erg ziek van.

Stigmatisering

Uit de vragenlijst blijkt dat de gemiddelde stigma-score voor soa's 2,31 was en de gemiddelde stigma-score voor hiv 1,57 (beide uit een range van 1-5). Omdat dit verschil statistisch significant is, blijkt hieruit dat vrouwen met soa's meer gestigmatiseerd worden dan vrouwen met hiv. Naast de gemiddelde stigma-scores voor soa's en hiv, zijn de afzonderlijke items bekeken (zie tabel 5). De hoogste stigma-scores

Tabel 4.

Gemiddelde scores op de vier categorieën van risicoperceptie.

Categorie	Minimum en maximum score	Gemiddelde score
Perceived self-efficacy	4-20	16
Perceived response efficacy	3-15	12
Perceived susceptibility	4-20	11
Perceived severity	3-15	13

gerelateerd aan soa's werden gegeven bij de stellingen 'vrouwen die niet voorzichtig zijn krijgen soa's' en 'als iemand een soa heeft, gaan mensen over hem/haar roddelen'. Daarnaast scoorden de volgende stellingen hoog: 'vrouwen die een soa hebben zouden beter moeten weten', 'als iemand een soa heeft, zullen mensen denken dat ze dom is' en 'vrouwen die meerdere seksuele contacten hebben krijgen soa's'. Met andere woorden: van vrouwen met een soa wordt gedacht dat ze dom zijn, meerdere seksuele relaties hebben (dus norm-overschrijdend bezig zijn), en onvoorzichtig zijn; en daar ga je over roddelen. De hoogste stigma-score gerelateerd aan hiv/aids werd gegeven bij de stelling: 'mensen met hiv/aids zullen beperkingen in hun vrijheid moeten verwachten'.

Tabel 5.

Gemiddelde stigma-scores op stellingen over soa's en hiv/aids.

Stelling	Gemiddelde stigma-score
Iemand met een soa is vies	2,01
Iemand met een soa is misbruikt	1,65
Iemand met een soa zou zich schuldig moeten voelen	2,09
Iemand met een soa zou zich moeten schamen	2,09
In een kliniek komt iedereen te weten dat jij een soa-test ondergaat	1,93
In een kliniek is het personeel betrouwbaar	2,43
Vrouwen die meerdere seksuele contacten hebben krijgen soa's	2,37
Vrouwen die een soa hebben zouden beter moeten weten	2,80
Vrouwen die niet voorzichtig zijn krijgen soa's	3,37
Iemand met een soa is een slecht persoon	1,47
Als iemand een soa heeft, gaan mensen over hem/haar roddelen	3,35
Medisch personeel denkt minachtend over iemand met een soa	2,15
Als iemand een soa heeft, zullen mensen denken dat ze dom is	2,38
Mensen met hiv/aids zijn vies	1,47
Mensen die hiv/aids hebben zijn vervloekt	1,34
Mensen met hiv/aids zouden zich moeten schamen	1,49
Mensen met hiv/aids zullen beperkingen in hun vrijheid moeten verwachten	2,59
Een persoon met hiv/aids zal iets verkeerd gedaan hebben en verdient het om gestraft te worden	1,28
Mensen die hiv/aids hebben zouden geïsoleerd moeten worden	1,34
Ik wil niet bevriend zijn met iemand die hiv/aids heeft	1,64
Mensen met hiv/aids zouden niet mogen werken	1,39

Uit de interviews blijkt dat de vrouwen iemand persoonlijk verantwoordelijk houden wanneer de besmetting via seksueel contact plaats heeft gevonden, en niet als de besmetting via een andere weg plaats gevonden heeft. Zoals eerder beschreven, geven de vrouwen aan dat hiv/aids ook via bloedtransfusie of besmette naalden overgedragen kan worden, terwijl van soa's wordt aangegeven dat dit alleen via seksueel contact kan. Hierdoor worden mensen met hiv/aids niet altijd persoonlijk verantwoordelijk gehouden voor hun besmetting, terwijl mensen met een andere soa altijd persoonlijk verantwoordelijk worden gehouden voor hun besmetting.

Stigma creëert barrières om getest te worden op een soa of hiv. De meeste vrouwen geven aan dat zij niet snel naar een soa-centrum zullen gaan of voor hiv-positiviteit zullen uitkomen, uit angst voor roddels of uitsluiting door hun gemeenschap.

Hoe nu verder?

Dit onderzoek kan worden beschouwd als een probleemanalyse, nodig voor de ontwikkeling van een interventie op het gebied van soa's en hiv/aids voor sub-Sahara Afrikaanse vrouwen. Uit het onderzoek blijkt dat bij de vrouwen nog onvoldoende kennis aanwezig is over soa's en hiv/aids. Kennisoverdracht is en blijft belangrijk. De informatie over gender, risicoperceptie en stigmatisering moet zeker worden betrokken bij de invulling van de interventie. Helaas was het niet mogelijk om van origine Afrikaanse studenten in te zetten bij het onderzoek. Enerzijds doordat zij uiteindelijk voor een andere stage kozen, anderzijds vanwege de gevoeligheid van het onderwerp binnen de eigen groep. Door onbekendheid met de cultuur kan enige vertekening zijn opgetreden. De Nederlandse achtergrond van de studenten heeft echter als voordeel dat de kans op objectiviteit nu groter is. Zowel de vragenlijst als de topiclijst van de interviews zijn overigens getest en besproken met collegastudenten van sub-Sahara Afrikaanse afkomst, dit om de vragenlijst en de interviews te optimaliseren.

De doelgroep van dit onderzoek, de sub-Sahara Afrikaanse vrouwen, is zeer heterogeen, er zijn verschillen tussen landen en ook binnen landen. Ongeveer de helft van de vrouwen die een vragenlijst hebben ingevuld kwam van origine uit Ghana; van de vrouwen met wie in Den Haag mondelinge interviews zijn gehouden kwam een vijfde uit Ghana.

Het merendeel van de geïnterviewde vrouwen was actief gelovig. Moslimvrouwen werden moeilijker toegankelijk bevonden dan christelijk georiënteerde

vrouwen. Fysiek, maar ook wat betreft hun denkwijzen en openheid over seksuele gezondheid. Nader bekeken moet worden of in eerste instantie een pilot project georganiseerd kan worden met enkele subdoelgroepen, bijvoorbeeld gebaseerd op religieuze achtergrond, taal of nationaliteit.

Voor de interventie moet rekening worden gehouden met personen die moeite hebben met praten over seksualiteit. Daarnaast moet worden bedacht hoe om te gaan met traumatische verhalen of een traumatisch verleden. In het onderzoek was afgesproken dat de geïnterviewde in deze gevallen informatie of een adres zou krijgen van een expert die zou kunnen helpen. Ook toekomstige interventies voor Afrikaanse mannen zijn van belang. Het zou mooi zijn als, na training van beide seksen, de communicatie over seks en risico's verbeterd en in navolging daarvan bijvoorbeeld een bijeenkomst met vrouwen én mannen kan worden georganiseerd.

Uit andere projecten is bekend dat het creëren van draagvlak door participatie en samenwerking met de doelgroep een onmisbare factor is voor het welslagen. Kortom, de stem van de vrouwen moet worden gehoord! Bijvoorbeeld via organisatie van workshops, brainstormen, reflectie op resultaten, en verdere invulling van hoe het programma eruit zou kunnen zien.

Inmiddels vindt een community assessment plaats naar de rol die zelforganisaties en religieuze instellingen van de doelgroep kunnen spelen bij het organiseren van de interventie. Deze wordt uitgevoerd door twee studenten van de Vrije Universiteit en is nog niet volledig afgerond, maar levert wel al aanvullende informatie voor de invulling van de interventies. Met als uiteindelijk doel interventies, die aansluiten bij de doelgroep uit sub-Sahara Afrika.

Referenties

1. UNAIDS. 2008 Report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2008.
2. Gras L, Van Sighem A, Smit C, et al. Report 2009: Monitoring of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV-Monitoring; 2009.
3. Broek IVF van den, Koedijk FDH, van Veen MG, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2007. Bilthoven: RIVM; 2008. Rapport 441100023.
4. Bertens MGBC, Eiling EM, van den Borne B, Schaalma HP. Uma Tori! Evaluation of a STI/HIV-prevention

- intervention for Afro-Caribbean women in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2009, 75: 77-83.
5. Bertens MGBC, Eiling EM, Schaalma HP. Vrouwenverhalen als preventiemethode. *Soa/hiv-preventie voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen*. SOAIDS Magazine 2006, 3: 14-16.
 6. Eiling EM, Bertens MGBC, Schaalma HP. Effectieve soa/hiv preventie voor vrouwen van Afro-Surinaamse en Antilliaanse afkomst. *Evaluatie van UmaTori!* TSG, (submitted december 2009).
 7. Bertens MGBC. Uma Tori. Development and evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent [proefschrift]. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Department of Health Promotion. Maastricht University: 2008.
 8. Bertens MGBC, Schaalma HP, Bartholomew LK, van den Borne B. Planned development of culturally sensitive health promotion programs: An Intervention Mapping approach. In: Swanepoel PH, Hoeken H, editors. *Adapting Health Communication to Cultural Needs: Optimizing Documents in South-African Health Communication on Hiv/Aids Prevention*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2008. p. 11-30.
 9. Boer J de. Sexual health & gender among women of sub-Saharan African origin in The Netherlands. An exploratory study providing a tool for evidence-based and culturally sensitive STI/HIV prevention intervention for women of sub-Saharan African origin [afstudeerscriptie]. Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam, VU University. Management, Policy Analysis and Entrepreneurship (MPA) - International Public Health (IPH): 2009.
 10. Oomen D. The influence of risk perception of HIV and STIs on the intention to perform safe sex among sub-Saharan African women living in The Hague [afstudeerscriptie]. Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam, VU University. International Public Health (IPH): 2009.
 11. Vilsteren M van. A study into stigma surrounding HIV and STIs among sub-Saharan African women living in the Netherlands: Exploring the difference between HIV/STIs (2009). Athena Institute & GGD Den Haag, Health Promotion Department. Amsterdam - Den Haag, VU University. Management, Policy Analysis and Entrepreneurship (MPA) - International Public Health (IPH): 2009.
 12. Rutgers Nisso Groep. *Is jouw project 100% genderproof? Checklist voor ontwikkelaars en uitvoerders van seksuele gezondheidsprojecten*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep; 2009.
 13. Witte K, Cameron KA, McKeon JK, Berkowitz JM. Predicting risk behaviours: development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication* 1996, 1(4): 317-341.
 14. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine* 2003, 57(1): 13-24.
 15. Mevissen FE, Meertens RM, Ruiters RA, Feenstra H, Schaalma HP. HIV/STI risk communication: the effects of scenario-based risk information and frequency-based risk information on perceived susceptibility to Chlamydia and HIV. *Journal of Health Psychology* 2009, 14(1): 78-87.
 16. Kalichman SC, Simbayi LC, Jooste S, et al. Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in south Africa. *Aids and Behaviour* 2005, 9(2): 135-145.
 17. Rusch MLA, Shoveller JA, Burgess S, et al. Preliminary development of a scale to measure stigma relating to sexually transmitted infections among women in a high risk neighbourhood. *BMC Women's Health* 2008, 8(21). Doi:10.1186/1472-6874-8-21.

Evaluatie van het gemeentelijk actieprogramma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken!', periode 2003-2006

M. Schmidt

Net als vele andere gemeenten kampt Den Haag met sociaal-economische gezondheidsverschillen. De Haagse Gezondheidsmonitor van 1999 liet zien dat de levensverwachting van de Hagenaars is gerelateerd aan de sociaal-economische status van de bewoners van de wijken (1). De verschillen in gezondheid werden vier jaar later bevestigd door de Gezondheidsmonitor van 2002 (2). Dat jaar werd het thema gezondheidsverschillen voor het eerst expliciet opgenomen in het gemeentelijk coalitieakkoord (2002-2006) (3). In dit akkoord werd onder andere tot doel gesteld de gezondheidsverschillen te reduceren door bevordering van de gezondheid in zes achterstandswijken. Hiertoe werd het wijkgerichte programma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken' opgezet met een budget van 1,9 miljoen euro. Onderzoekers van het AMC hebben de initiële fase van dit programma – de periode 2003-2006 – geëvalueerd. In 2009 promoveerde Melanie Schmidt aan de Universiteit van Amsterdam op dit onderzoek, met het proefschrift 'Tackling Health Inequalities in The Hague; a process evaluation of a programme to improve health in deprived neighbourhoods' (4). Onderstaand artikel bevat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Wijkgerichte programma's

De wijkgerichte aanpak was de afgelopen jaren populair. Het zou een effectieve methode zijn om met name de laagste sociaal-economische groepen te bereiken met gezondheidsbevorderende maatregelen. Binnen en buiten Nederland werden wijkgerichte programma's opgezet om gezondheid te verbeteren. Uit experimentele studies naar de effecten van deze programma's blijkt echter slechts een minimaal effect op gezondheidsdeterminanten als beweggedrag en voeding. Deze tegenvallende resultaten laten zich niet eenvoudig interpreteren. Mogelijk wijzen deze studies uit dat een wijkgerichte aanpak geen effect heeft. Maar het is ook mogelijk dat in de programma's de principes van een wijkgerichte benadering onvoldoende zijn toegepast om een gezondheidsbevorderend effect te kunnen verwachten. Nog voordat het programma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken' van start ging zijn onderzoekers van het AMC, met een subsidie van ZonMw, begonnen met een evaluatiestudie. Het doel van dit onderzoek was tweeledig: 1) de beleidsmakers in Den Haag voorzien van resultaten, die zij konden gebruiken bij de ontwikkeling van het wijkgerichte

programma; en 2) verwerven van inzicht in het ontwikkelingsproces van het programma, in het bijzonder het genereren van valide en generaliseerbare kennis, die kan bijdragen aan het wetenschappelijke debat rondom de aanpak van gezondheidsverschillen.

Methode

Om de ontwikkeling van het programma te bestuderen is een casestudy design toegepast waarbij het programma gedurende vier jaar werd bestudeerd. Dit gebeurde door een samenwerkingsverband van onderzoekers en beleidsmakers. Bij dit type onderzoek, ook wel 'collaborative research' genoemd, is de veronderstelling dat het bijdraagt aan de productie van beleidsrelevante kennis en een juiste interpretatie van onderzoeksresultaten. De dataverzameling vond plaats tussen 2003 en 2007, er werd gebruik gemaakt van interviews, documentanalyse, observaties en vragenlijsten. Als eerste stap ontwikkelden de onderzoekers en beleidsmakers een conceptueel raamwerk, zie figuur 1 (5). Hiervoor vulden de onderzoekers de strategieën en ideeën van de beleidsmakers aan met theoretische concepten uit de literatuur. Het raamwerk laat zien

Over de auteur:

Melanie Schmidt werkte als onderzoeker van 2003 tot 2009 bij de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. In 2009 promoveerde zij op het evaluatieonderzoek naar Gezondheidsachterstand Moet Wijken. In 2010 ontving zij een eervolle vermelding van de vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap voor haar proefschrift 'Tackling Health Inequalities in The Hague'. Sinds 2010 werkt zij als senior beleidsadviseur wetenschappelijk onderzoek bij het Aids Fonds. E-mail: melanie-schmidt@zonnet.nl.

Figuur 1.

Conceptueel raamwerk voor evaluatie van wijkgerichte interventies.



dat het programma langs drie actielijnen werkt: gezonde leefstijl, gezonde leefomgeving en verbetering van het eerstelijns zorgaanbod. Met deze actielijnen moeten de volgende gezondheidsdeterminanten worden aangepakt: bewegen, voeding, opvoedingsondersteuning, en (informatie over) toegankelijke zorg. Het raamwerk geeft verder weer dat aan de ontwikkeling van de beoogde interventies drie principes ten grondslag liggen: intersectorale samenwerking, professionele samenwerking en bewonersparticipatie. Deze principes zijn op hun beurt gerelateerd aan drie sociale systemen: de lokale overheid, het lokale gezondheidssysteem en de lokale bewoners. Het conceptueel raamwerk maakt duidelijk dat voor een goed begrip van de werking van wijkgerichte programma's méér nodig is dan een meting van het uiteindelijke effect op (determinanten van) de gezondheid. Voor een goed begrip moeten ook de centrale principes worden geëxpliciteerd, evenals de wijze waarop die resulteren in concrete activiteiten. Verder moet worden gekeken naar de context waarbinnen de principes zijn uitgewerkt. De drie sociale systemen uit het raamwerk vormden de basis voor het onderzoek. Verkend is welke processen in de drie systemen de ontwikkeling van het programma domineerden. De centrale onderzoeksvraag op basis van het conceptueel raamwerk was 'hoe mobiliseerde het programma de drie sociale systemen?'. In het vervolg van dit artikel wordt per systeem weergegeven wat de resultaten zijn.

De lokale overheid

Binnen het eerste systeem, de lokale overheid, is verkend welke sleutelfactoren van belang waren voor het genereren van politieke prioriteit. Voor het reduceren van gezondheidsverschillen is politieke prioriteit van essentieel belang, met name voor investeringen in duurzaam beleid, activiteiten en infrastructuur (6). In de gemeente Den Haag zijn twee (algemene) factoren geïdentificeerd die een sleutelrol speelden bij het genereren van politieke prioriteit voor de aanpak van de gezondheidsverschillen (7). De eerste factor betrof de aanwezigheid van sterke actoren die het thema 'gezondheidsverschillen' strategisch konden positioneren. In het begin werden 'gezondheidsverschillen' in de gemeenteraad neergezet als 'onrechtvaardig'. Dit stuitte op weerstand bij sommige politici. Die weerstand werd overwonnen doordat de wethouder en de beleidsmakers het thema wisten te herpositioneren. In plaats van gezondheidsverschillen te labelen als 'onrechtvaardig' werd de afname van gezondheidsverschillen voortaan gelabeld als voorwaarde voor het realiseren van het coalitieakkoord 'Den Haag, dat zijn we allemaal!'. Dat hielp.

De tweede factor betrof het koppelen van de voorgestelde strategieën voor het verkleinen van gezondheidsverschillen aan bestaande en binnen de coalitie gedeelde beleidsprincipes (7). Deze beleidsprincipes, zoals het betrekken van bewoners bij beleidsontwikkeling, genoten al brede politieke steun in de gemeentelijke coalitie. Naast de twee benoemde



sleutelfactoren werden contextuele elementen geïdentificeerd die hielpen bij het verwerven van politieke prioriteit, zoals de aanwezigheid van nationale onderzoeksprogramma's over gezondheidsverschillen, en de populariteit van de wijkgerichte oriëntatie in de nationale politiek.

Het lokale gezondheidssysteem

Binnen het tweede sociale systeem, het lokale gezondheidssysteem, is verkend hoe de gemeente Den Haag dit systeem mobiliseerde om het programma te implementeren. De uitvoering van gezondheidsinterventies was de primaire verantwoordelijkheid van de lokale overheid in samenwerking met twee intermediaire organisaties (STIOM en GGD) (8). Deze organisaties delegeerden hun verantwoordelijkheden en middelen in beperkte mate aan het lokale gezondheidssysteem.

De resultaten tonen aan dat de lokale overheid een dominante rol heeft gespeeld bij de implementatie van het programma om in Den Haag gezondheidsachterstanden te reduceren (8). Ondanks pogingen om bottom-up initiatieven te initiëren en uit te voeren, drukte de centrale sturing vanuit de gemeentelijke organisatie een sterk stempel op de implementatie; politieke en bureaucratische gebruiken

waren van grote invloed op de ontwikkeling van het programma. Zo vond de vertaling van beleidsdoelen naar gezondheidsinterventies voornamelijk plaats op pragmatische gronden. Interventies waren maar beperkt gebaseerd op epidemiologische data over gezondheidsbehoeften en/of wetenschappelijk bewijs ten aanzien van de effectiviteit van interventies. Een voorbeeld daarvan is 'Bewegen Op Recept'. Het wetenschappelijke bewijs dat deze interventie ook daadwerkelijk effectief zou kunnen zijn, ontbrak. Toch werd deze interventie gesteund en ontving het financiële support van het programma.

De wijkbewoners

De participatie van bewoners - het derde sociale systeem - aan het programma vond voor het grootste deel plaats in de vorm van deelname aan interventies. Het programma Gezondheidsachterstand Moet Wijken heeft in overleg met professionals uit de wijken besloten met name te investeren in reeds bestaande interventies. De reden daarvoor was dat volgens betrokkenen er al veel goede interventies bestonden in Den Haag. Het adagium was 'niet meer' maar 'beter'. Het programma investeerde daarom in reeds bestaande en veelbelovende interventies, met het doel deze te verbeteren dan wel breder te

implementeren. Bewegen Op Recept was bij uitstek zo een interventie. Deze was al eerder ontwikkeld door STIOM en ontving een extra investering van het programma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken' voor verdere ontwikkeling. Bewegen Op Recept werd de meest omvangrijke interventie van het programma Gezondheidsachterstand Moet Wijken. In de evaluatie is daarom juist deze interventie nader bestudeerd.

Bewegen Op Recept (BOR) is een interventie waarbij huisartsen hun patiënten kunnen doorverwijzen naar een beweegcursus om zo lichamelijke activiteit te stimuleren. Omdat deze interventie gericht was op de meest achtergestelde personen (c.q. de moeilijk bereikbare groepen) hebben we de sociale demografie en psychosociale kenmerken van de deelnemers aan Bewegen Op Recept (BOR) in kaart gebracht. BOR is een interventie die behoort tot de populaire 'Exercise Referral Schemes' (ERS). Doel van deze interventies is hoogrisicopatiënten te stimuleren meer te gaan bewegen (9). Ons onderzoek ondersteunt het idee dat de ERS aantrekkelijk zijn voor mensen uit de lagere sociaal-economische klassen, waaronder etnische minderheidsgroepen. De meerderheid van de deelnemers aan de Haagse interventie BOR had een allochtone achtergrond, was laaggeschoold, had geen betaalde baan en leed aan overgewicht. BOR lijkt daarmee te voldoen aan de behoeften van de lagere

sociaal-economische groepen, waaronder etnische minderheden. Deze interventie was voor hen aantrekkelijk vanwege het verplichtende karakter, de ondersteunende omgeving, de financiële prikkel, de supervisie en de situering in de buurt (10). Doordat deze elementen specifiek zijn voor BOR, lijkt het niet erg waarschijnlijk dat de populatie doorgaat met bewegen na afloop van de interventie. Dit impliceert dat er vervolgprojecten nodig zijn om de deelnemers te helpen beweegactiviteiten te vinden die voor hen geschikt zijn.

Combinatie van het lokale gezondheidssysteem en de wijkbewoners

De gemeente probeerde in het actieprogramma ook het lokale gezondheidssysteem te mobiliseren met een heel specifiek programmaonderdeel 'de wijkactie-budgetten'. Dit waren kleine budgetten (van 500 tot 3.500 euro) die konden worden aan gevraagd door professionals uit het veld. De bedoeling was hen in staat te stellen wijkgerichte gezondheidsbevorderende activiteiten te ontwikkelen en te implementeren. Om deze wijkactiebudgetten te distribueren werden wijkgezondheidpanels ingesteld bestaande uit gezondheids- en buurtwerkers.

De wijkactiebudgetten bleken een middel om het lokale gezondheidssysteem te mobiliseren dankzij drie mechanismen (11):



1. De netwerkactiviteiten tussen de lokale organisaties nam toe. De wijkpanels boden een platform voor professionals uit de wijken om contactpersonen uit andere organisaties te ontmoeten, ideeën uit te wisselen en om hun kennis te vergroten van de activiteiten in de wijken.
2. Het thema 'gezondheidsverschillen' werd geagendeerd. Organisaties die zich doorgaans niet met gezondheidsthema's bezig houden, raakten geïnspireerd om op dit thema activiteiten te ontwikkelen.
3. Er werden veel gezondheidsbevorderende interventies gestart. Deze initiatieven werden bijgevoerd door kleine groepen bewoners waarvan een deel vaak als 'moeilijk bereikbaar' wordt bestempeld. De feitelijke participatie van bewoners aan de ontwikkeling van activiteiten was echter beperkt.

Toch werden de mogelijkheden van de wijkactiebudgetten niet helemaal benut (11). Zo leek de beperkte mobilisatie van de bewoners verband te houden met de aansturing vanuit het programma en dus met de gemeente. De bewoners werden in de panels niet vertegenwoordigd door hun eigen organisaties, en de bewoners konden niet zelf een subsidie aanvragen. Tot slot vond er in de wijkpanels geen enkele visieontwikkeling plaats over hoe men de bewoners het best erbij kon betrekken. Hier is ondersteuning van de gemeente van belang. De gemeente kan de wijkactiebudgetten openstellen voor bewoners, de gemeente zou ook de professionals een training over bewonersparticipatie kunnen aanbieden. Op het gebied van samenwerking schoot dit programma-onderdeel eveneens te kort.

De netwerkactiviteiten namen wel toe, maar de daadwerkelijke samenwerking bleef gering. Ook op dit punt had er vanuit het programma meer kunnen worden gestuurd. Tot slot was een aantal doelen vanuit het programma nogal los geformuleerd, waardoor er ruimte was voor meerdere interpretaties van doelen en criteria. Sommige criteria werden ook niet door de professionals uit de wijken ondersteund, zoals 'innovatief'. Soms moesten goedlopende interventies stop moesten worden gezet door een gebrek aan financiële middelen, met als gevolg een cynische houding bij sommige professionals. Ook de term 'duurzaamheid' bleek te vaag geformuleerd. Als de gemeente met het wijkactiebudget wil 'zaaien' - dat wil zeggen op kleine schaal interventies uitproberen -, dan is het ook van belang dat de gemeente oogst. De gemeente zou de meest succesvolle initiatieven kunnen oogsten en wellicht elders breder

implementeren.

Kortom, we concluderen dat door middel van de wijkactiebudgetten organisaties in de gemeenschap in actie zijn gekomen om 'gezondheidsachterstanden' aan te pakken. Om deze mobilisatie te continueren én uit te breiden naar bewoners zijn de wijkactiebudgetten echter niet toereikend. De regeling zou moeten worden aangevuld met investeringen in de coördinatiestructuur. Daarmee zouden de activiteiten die gefinancierd worden met het wijkactiebudget bijvoorbeeld beter kunnen worden gemonitord (11).

Implicaties voor het bestrijden van gezondheidsverschillen op lokaal niveau

Het ontwikkelen van een omvangrijk programma om gezondheidsverschillen te bestrijden kost veel meer tijd dan verwacht. Drie jaar nadat het Haagse programma 'Gezondheidsachterstand Moet Wijken' was gestart bevonden de drie basisprincipes (intersectorale samenwerking, professionele samenwerking en bewonersparticipatie) zich nog altijd in een fase van ontwikkeling. Als gevolg daarvan zijn we niet in staat geweest de waarde te bepalen van de wijkgerichte aanpak voor het daadwerkelijk verkleinen van gezondheidsverschillen. Onze resultaten suggereren dat de marginale effecten van dergelijke omvangrijke programma's, zoals gebleken uit voorgaande effectevaluaties, het gevolg kunnen zijn van de premature staat waarin deze programma's verkeren. Zo kostte het genereren van bijvoorbeeld de politieke prioriteit in het Haagse programma al meer tijd dan verwacht. Deze ervaring is relevant omdat het genereren van politieke steun vaak niet expliciet wordt benoemd als doel van een dergelijk programma, terwijl het een essentieel onderdeel is, waarvoor men de tijd moet nemen.

We concluderen dat het mogelijk is om voor een complex thema zoals gezondheidsverschillen op lokaal niveau politieke prioriteit te genereren door het strategisch te positioneren en de oplossingsstrategieën te relateren aan bestaande beleidsprincipes. Om dit voor elkaar te krijgen lijkt een sterke beleidsgroep nodig, bestaande uit competente beleidsmakers en wethouders én een context die de aandacht voor het probleem van gezondheidsverschillen en mogelijke oplossingen stimuleert. Het genereren van politieke prioriteit vergt vakmanschap en continue aandacht. Algemeen wordt erkend dat bij het bestrijden van gezondheidsverschillen vele partijen betrokken moeten worden, waaronder overheidssectoren, organisaties uit de wijken en bewoners. Dit onderzoek laat zien dat het betrekken van deze groepen geen

gemakkelijke opgave is. De inzet van wijkactie-budgetten lijkt een goede methode om organisaties en wijkbewoners te betrekken, maar in deze onderzoeksperiode is dat nog niet goed gelukt. Om daar wel in te kunnen slagen lijkt een adequate coördinatiestructuur van groot belang. Uit dit Haagse experiment met wijkactiebudgetten is inmiddels de les getrokken dat lokale overheden moeten investeren in de ontwikkeling van nieuwe strategieën om wijkbewoners en organisaties daadwerkelijk te mobiliseren. Ook is er behoefte aan nieuwe theorieën over hoe dat effectief kan worden gedaan.

Wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van interventies is slechts één van de factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van het programma en de keuze voor specifieke interventies. Input van wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van interventies zou meer nut hebben als de programmadoelen expliciet zouden worden geformuleerd. Dit laatste is niet eenvoudig, omdat lokale overheden ertoe neigen hun doelen juist generiek en globaal te formuleren. Het betrekken van de wijkbewoners en organisaties uit het lokale gezondheidssysteem kan hier een tegenwicht vormen en leiden tot het meer eenduidig formuleren van doelen. En samenwerking met onderzoekers kan nuttig zijn voor bijvoorbeeld het betrekken van wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van interventies.

Ondanks de afwezigheid van een degelijke mobilisatie van de bewoners en het lokale gezondheidssysteem, zijn in Den Haag toch veel interventies geïmplementeerd. *Bewegen Op Recept* was één van deze interventies. In dit specifieke geval hebben we elementen gevonden van een interventie, die de lokale bewoners inderdaad mobiliseert om te gaan bewegen. Juist omdat die elementen specifiek zijn voor deze interventie moeten we alert zijn of de veranderde leefstijl van de deelnemers ook na de interventieperiode wordt voortgezet. Om ervoor te zorgen dat interventies tegemoet komen aan de behoeften van lagere sociaal-economische groepen in achterstandswijken is het nodig rekening te houden met hun contextuele, economische en culturele behoeften. Dit kan alleen als lokale gezondheidssystemen en bewoners actief bij dergelijke programma's worden betrokken.

Referenties:

1. Gezondheidsmonitor 1999. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; 1999.
2. Gezondheidsmonitor 2002. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; 2002.
3. Gezondheidsachterstand moet wijken. Kadernota 2003-2006 Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; 2003.
4. Schmidt M. Tackling Health Inequalities in The Hague; A process evaluation of a programme to improve health in deprived neighbourhoods [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2009.
5. Schmidt M, Plochg T, Middelkoop BJC, Joosen I, Waterman MH, Klazinga NS, Stronks K. Het conceptueel raamwerk voor de evaluatie van de wijkgerichte aanpak ter verkleining van gezondheidsverschillen in Den Haag. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2006, 8: 457-463.
6. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health inequity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372 (9650): 1661-1669.
7. Schmidt M, Joosen I, Kunst AE, Klazinga NS, Stronks K. Generating political priority in order to tackle health disparities: a case study in the Dutch city of The Hague. *American Journal of Public Health* 2010 (100:S210-S215)
8. Plochg T, Schmidt M, Klazinga NS, Stronks K. From political rhetoric's towards professional action: a case study on implementing a local program on tackling health inequalities in the city of The Hague. 2010 Submitted for publication.
9. Morgan O. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health* 2005; 119(5): 361-370.
10. Schmidt M, Absalah S, Nierkens V, Stronks K. Which factors engage people in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? *BMC Public Health* 2008, 8:371
11. Schmidt M, Plochg T, Harting J, Klazinga NS, Stronks K. Micro grants as a stimulus for community action in residential health programmes: a case study. *Health Promotion International* 2009 24(3): 234-242.

Gezonde wijkinitiatieven

Een beschrijving van de gezondheidsprojecten gefinancierd met het wijkactiebudget in de periode 2007-2009

H. Verpoorten, K. Hermans, M.C. Weitenberg

Gezondheidsachterstanden concentreren zich vaak in bepaalde wijken van grote steden. Den Haag vormt hierop geen uitzondering zoals blijkt uit de onlangs verschenen Gezondheidsmonitor 2010 en de G4-gezondheidsenquête (1). De aanpak van gezondheidsachterstanden staat centraal in het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid. Het artikel hier-vóór, van Melanie Schmidt, gaat over de periode 2003-2006. In de hieronder beschreven periode (2007-2009) gaat het wederom om de aanpak van gezondheidsachterstanden, nu toegespitst op het bevorderen van bewonersparticipatie. Eén van de instrumenten, die in het beleid wordt ingezet om bewonersparticipatie vorm te geven, is het zogenoemde wijkactiebudget. Met het wijkactiebudget kunnen bewonersorganisaties en professionals gezonde initiatieven bedenken en uitvoeren. Den Haag is hierin niet de enige, ook in veel andere gemeenten worden financiële middelen ter beschikking gesteld om gezondheidsinitiatieven van wijkbewoners mogelijk te maken. Hoe dit georganiseerd wordt verschilt per gemeente. Vaak is gezondheid één van de thema's en kunnen er ook voorstellen worden ingediend op het brede terrein van leefbaarheid, welzijn en participatie. Dit artikel bevat een inventarisatie van de initiatieven in de periode 2007-2009. Hoeveel initiatieven werden gehonoreerd en uitgevoerd en hoeveel voorstellen werden er uiteindelijk afgewezen? Wat waren de redenen van afwijzing? Het artikel schetst een beeld van deze initiatieven, waarbij gekeken is naar thema, vorm, specifieke doelgroep en het stadsdeel waar het initiatief plaatsvond.

Wijkactiebudget

Het wijkactiebudget is een instrument dat mede gebruikt wordt om bewonersparticipatie op het terrein van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid vorm te geven. Het wijkactiebudget is bestemd voor veelal kleinschalige gezondheidsbevorderende initiatieven, die ontwikkeld worden door bewoners zelf of door beroepskrachten die zich direct richten op de bewoners. Een initiatief moet vanuit de basisdoelstelling de zelfredzaamheid bevorderen en uitwerking geven aan tenminste één van de thema's uit de gemeentelijke nota volksgezondheid. Verder wordt gekeken of een project zich richt op het verbeteren van leefstijl, leefomgeving of toegang tot de zorg. Een ander element dat bij de beoordeling een rol speelt is de mate waarin het project de samenwerking tussen professionals bevordert. Uiteindelijk moeten de initiatieven bijdragen aan het verminderen van de gezondheidsachterstanden.

De activiteiten moeten plaats vinden in een achterstandswijk. In het bijzonder gaat het om de

volgende zeven wijken (in de vorige periode was nog sprake van zes achterstandswijken): Schilderswijk, Transvaal, Stationsbuurt¹ (alle stadsdeel Centrum), Laak-Noord (stadsdeel Laak), Regentesse/Valkenbos (stadsdeel Segbroek), Moerwijk/Morgenstond en Bouwlust/Vrederust (beide stadsdeel Escamp). Een programmteam beoordeelt de ingediende aanvragen. Per jaar is in totaal €200.000² beschikbaar.

Voorgeschiedenis

De omvangrijke gezondheidsverschillen tussen de welgestelde wijken en de achterstandswijken in Den Haag zijn geen recent verschijnsel. De hardnekkige sociaal-economische gezondheidsverschillen, zoals geconstateerd in de Gezondheidsmonitor van achtereenvolgens 1999 en 2002, waren voor het gemeentebestuur reden om in 2002 het thema gezondheidsverschillen voor het eerst expliciet op te nemen in het gemeentelijke coalitieakkoord (2002-2006). Dit werd vervolgens uitgewerkt in een wijkgericht actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moeten wijken'.

Over de auteurs:

H. Verpoorten, K. Hermans en M.C. Weitenberg zijn werkzaam als beleidsmedewerker bij de dienst OCW van de gemeente Den Haag. E-mail: h.verpoorten@ocw.denhaag.nl.

¹ In een gedeelte van deze wijk is sprake van achterstandsproblematiek. Dit verklaart waarom deze wijk later aan de andere zes achterstandswijken is toegevoegd.

² Op een totaal jaarbedrag van €1.190.000. Dit is het jaarlijkse bedrag dat met de vaststelling van de nota volksgezondheid beschikbaar is gesteld voor de periode 2007-2011.



Het programma was gericht op de zes wijken met de grootste achterstanden. Het wijkactiebudget was één van de instrumenten die voor het eerst werd ingezet. Het voorgaande artikel bevat een evaluatie van dit programma door Melanie Schmidt gebaseerd op haar promotieonderzoek (2).

In de door Schmidt beschreven periode liepen de wijk-initiatieven via de wijkpanels. Hierin participeerden professionals die in de wijk werkzaam waren en die met de wijkbewoners een vertrouwensband hadden opgebouwd. Deze professionals legden de panels interventievoorstellen voor, die tot verbetering van de gezondheidssituatie van de wijkbewoners moesten leiden. De interventievoorstellen werden gefinancierd met het wijkactiebudget. In 2007 werd een evaluatie van de wijkpanels gepresenteerd in het Epidemiologisch Bulletin (3).

Eind 2007 werd de nieuwe gemeentelijke nota volksgezondheid *Natuurlijk: gezond!* vastgesteld. Ook in deze nieuwe nota kreeg het wijkactiebudget een plaats. Professionals konden wederom een aanvraag indienen. Wat dat betreft was er weinig veranderd. Wel was de wijze waarop er werd aangevraagd veranderd. Aanvragen van professionals liepen grotendeels via de coördinatiegroepen³ die gekoppeld zijn aan de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD. In deze groepen waren

professionals vertegenwoordigd op het terrein van gezondheid en zorg. Zij werken zowel stadsbreed als wijkgericht. In de onderzoeksperiode bestonden er drie coördinatiegroepen: voor de leeftijdscategorieën 0 tot 4 jarigen, 4 tot 12 jarigen en voor 12 tot 20 jarigen. Er bestond (nog) geen coördinatiegroep volwassenen. Daarnaast konden professionals van organisaties vertegenwoordigd in de verschillende STIOM-platforms, gezamenlijk een voorstel indienen dat in hun stadsdeel werd uitgevoerd. Een nieuw element was de mogelijkheid voor bewonersorganisaties om initiatieven in te dienen. Hierbij werd de voorwaarde gesteld dat alleen rechtspersonen een aanvraag kunnen indienen. Aanvragen van individuele bewoners werden niet in behandeling genomen. Dergelijke initiatieven werden wel actief bemiddeld naar organisaties/professionals die het idee van deze bewoners wilden oppakken.

Bewonersparticipatie en gezondheidsbevordering

Bewonersparticipatie in gemeenten is de laatste decennia veranderd. Waren gemeenten de afgelopen decennia voornamelijk bezig om bewoners meer te betrekken bij hun eigen beleidsplannen en processen (eerste generatie en tweede generatie bewonersparticipatie), sinds de eeuwwisseling gaat het steeds meer over initiatieven van bewoners zelf. Deze zogenoemde derde generatie bewonersparticipatie kenmerkt zich door initiatieven

³ Zij werken zowel stadsbreed als wijkgericht. Er zijn vier coördinatiegroepen die zich richten op een bepaalde leeftijdscategorie en gemiddeld vijf maal per jaar bij elkaar komen. Deelnemers zijn professionals die werkzaam zijn op het terrein van 0 tot 4 jarigen, 4 tot 12 jarigen, 12 tot 20 jarigen en ouderen. Er is (nog) geen coördinatiegroep volwassenen.

van bewoners zelf om samen met anderen te werken aan het realiseren van bepaalde doeleinden. De overheid neemt niet het voortouw, maar kan wel worden gevraagd te faciliteren en ondersteunen met expertise of geld. Er is een verschuiving gaande van initiëren naar faciliteren en ondersteunen. Van inspraak naar samspraak (4). Door bewonersparticipatie worden burgers gestimuleerd hun eigen kracht en kwaliteiten/mogelijkheden in te zetten om regie te voeren over hun leefomgeving en gezondheid. De gedachte is dat mensen door participatie meer grip op hun eigen leven krijgen en een beter evenwicht creëren tussen draaglast en draagkracht. Dit is ook van invloed op de interactie met anderen in de directe omgeving (het gezin, de buurt, de gemeenschap); de opgedane kracht en kwaliteiten kunnen (op langere termijn) worden omgezet in toenemende participatie in de eigen buurt, gemeenschap of de Nederlandse samenleving. Het gaat hier overigens niet alleen om participatie, ook kennisvermeerdering, bewustwording, vaardigheden en maatschappelijke participatie hebben dit effect (5). Het betekent dat de wijkinitiatieven op twee manieren bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidssituatie van bewoners: direct doordat de initiatieven een bijdrage moeten leveren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden en indirect via de 'participatiekant'. Onderstaand artikel beschrijft de wijkinitiatieven, er wordt niet gekeken welke gezondheidswinst is gerealiseerd, waarbij het overigens de vraag is of dit wel kan worden bepaald.

Beschrijving gezondheidsinitiatieven

De meeste initiatieven lenen zich om uiteenlopende redenen niet voor een pure effectevaluatie. Initiatieven zijn bijvoorbeeld te kleinschalig of zo geïntegreerd met andere activiteiten, dat het effect ervan moeilijk is aan te tonen. Vaak betreft het ook initiatieven die voor het eerst worden uitgevoerd en die passen bij de actuele behoefte of situatie in een wijk.

In al die gevallen is het zinvoller om de initiatieven procesmatig te evalueren. In deze procesevaluatie zijn op basis van de projectaanvragen verschillende aspecten van het proces en de uitkomsten systematisch bestudeerd. In de procesevaluatie gaat het om vragen als voor 'welke doelgroepen waren de projecten bedoeld', 'op welke gezondheidsthema's richtten de projecten zich' en 'waar en wanneer vonden de projecten plaats' en uiteraard de vraag 'is het doel waarvoor het wijkactiebudget wordt ingezet, bereikt?'.⁴

Het antwoord op deze vragen geeft inzicht in de mate waarin gebruik is gemaakt van het wijkactiebudget en hoe de initiatieven waren verdeeld over de verschillende thema's, groepen en stadsdelen. Hoewel bewonersorganisaties en professionals zelf konden bepalen met welk thema en waar ze aan de slag wilden gaan en welke vorm zij daarbij kozen, was het wel de bedoeling dat de initiatieven redelijk verdeeld waren over de verschillende thema's, groepen en stadsdelen. Mochten bepaalde groepen, onderwerpen of stadsdelen achterblijven dan werd vanuit de programma-leiding gekeken hoe deze groepen, onderwerpen of stadsdelen meer aan bod konden komen. Daarnaast zal duidelijk worden hoeveel en welke initiatieven niet gehonoreerd werden en wat de redenen van afwijzing waren. Dit kan interessante informatie opleveren die gebruikt kan worden bij het verbeteren van de aanvraagprocedure. De procesmatige analyse van wijkinitiatieven in deze evaluatie is gebaseerd op de initiatieven van 2007, 2008 en 2009⁴.

Merendeel van de initiatieven word gehonoreerd

Het aantal gehonoreerde initiatieven is de afgelopen jaren gegroeid, zoals blijkt uit de volgende cijfers: 2005: 29, 2006: 32, 2007: 17, 2008: 32 en 49 in 2009. In afwachting van de vaststelling van de nieuwe nota volksgezondheid werd het wijkactiebudget in 2007 niet actief gepromoot. Dit verklaart het geringe aantal initiatieven in 2007. In dit jaar werden met name grotere projecten (met een hogere financiële bijdrage vanuit het wijkactiebudget) uitgevoerd. In toenemende mate zijn vooral bewoners gebruik gaan maken van het actiebudget. Het merendeel van de ingediende voorstellen werd gehonoreerd. Projectvoorstellen die niet direct pasten binnen het geformuleerde toetsingkader werden niet direct afgewezen. Dit gold ook voor voorstellen die in essentie goed waren, maar onvoldoende uitgewerkt. In beide gevallen nam de programmaleider contact op met de indiener om door te spreken hoe het voorstel kon worden aangepast, zodat het alsnog kon worden gehonoreerd. Deze werkwijze vertaalde zich in het kleine aantal afgewezen aanvragen.

Redenen van afwijzing van de subsidievoorstellen

In totaal werden dertien van de 97 ingediende voorstellen afgewezen. In zeven van de dertien keer gebeurde dit op basis van inhoudelijke gronden. Daar was sprake van indien het geen duidelijk gezondheids-

⁴ In haar promotieonderzoek van 2009 'Tackling health inequalities in The Hague. A process evaluation of municipal programme for improving health in deprived neighbourhoods' heeft Melanie Schmidt o.a. de initiatieven in de periode 2003-2006 onderzocht.

thema betrof (zoals distributie van voedselpakketten voor Afrikanen of een produktie van een dvd gericht op inburgering), of wanneer het ingediende voorstel een grote overlap had met een andere subsidie-aanvraag van dezelfde organisatie.

Financiële redenen speelden bij drie afwijzingen een rol (bijvoorbeeld als de hoogte van het aangevraagde bedrag niet in verhouding stond tot de te leveren prestaties), in twee gevallen speelden andere redenen een rol en één keer werd de aanvraag ingetrokken. Een voorbeeld van een afwijzing op grond van een andere reden betrof een commercieel initiatief. Dit paste niet binnen de doelstellingen van het wijkactie-budget en werd daarom niet gehonoreerd. Van de dertien afgewezen aanvragen werd in vier gevallen geen concreet subsidiebedrag aangevraagd. Onder de afgewezen initiatieven was een aantal grootschalige projecten waarvoor een grote gemeentelijk bijdrage werd gevraagd (van respectievelijk €40.000, €50.000 en €100.000). Dergelijke grootschalige projecten passen niet binnen het wijkactiebudget.

Locatie: stadsdeel/wijk

Het wijkactiebudget is bedoeld voor stadsdelen/wijken met de grootste gezondheidsachterstand. Er zijn echter ook initiatieven gehonoreerd die niet direct gekoppeld konden worden aan een specifieke achterstandswijk. Daarbij was het wel de bedoeling dat de initiatieven gericht waren op bewoners in de achterstandswijken. Soms was zo'n koppeling niet mogelijk vanwege de gekozen vorm, bijvoorbeeld bij een radio-uitzending of de productie van een voorlichtingsfilm. Achttien van het totale aantal initiatieven kon worden gecategoriseerd als 'stadsbreed'. Ongeveer een derde van de initiatieven

Kader 1

Bewoners uit Laak Noord tonen hun vindingrijkheid

In het project "Zo doe ik het ..." staat de wijk Laak Noord centraal. Dit is een project van een groot aantal organisaties (Stichting Boog, STIOM, De Koffiepot, de bibliotheek, basisschool Kameleon en de GGD). Het uiteindelijke resultaat was een dvd met een serie portretten van wijkbewoners van Laak Noord. Voor welke opgave staan zij en wat doen zij met de omstandigheden waarin zij verzeild zijn geraakt? De portretten gaan onder andere over geldzorgen, vriendschap, opvoeding, heimwee, burens en eenzaamheid. Vindingrijkheid vormt de rode draad in deze portretten.

Tabel 1.

Verdeling naar wijk.

Stadsdeel	Specifieke wijk(en)	Aantal
Laak	- Laak-Noord	11
Segbroek	- Regentessebuurt/Valkenbos	13
Escamp	- Moerwijk/Morgenstond - Bouwlust/Vrederust	13
Centrum	- Schilderwijk - Transvaal - Stationsbuurt	29
Achterstandswijken niet gespecificeerd		18

(29 initiatieven) vond plaats in het stadsdeel Centrum. De overige 40 waren verdeeld over Laak, Escamp, Segbroek (de Regentessebuurt/Valkenbosbuurt) zoals tabel 1 laat zien. Het grote percentage initiatieven uit het stadsdeel Centrum wordt onder andere verklaard doordat drie van de zeven eerdergenoemde achterstandswijken in het stadsdeel centrum liggen. Wanneer een stadsdeel/wijk weinig aan bod kwam keek de programmaleiding hoe daar initiatieven konden worden gestimuleerd. Dit is in het stadsdeel Laak gedaan en heeft onder andere geresulteerd in het project 'Zo doe ik het...', dat nader wordt toegelicht in kader 1.

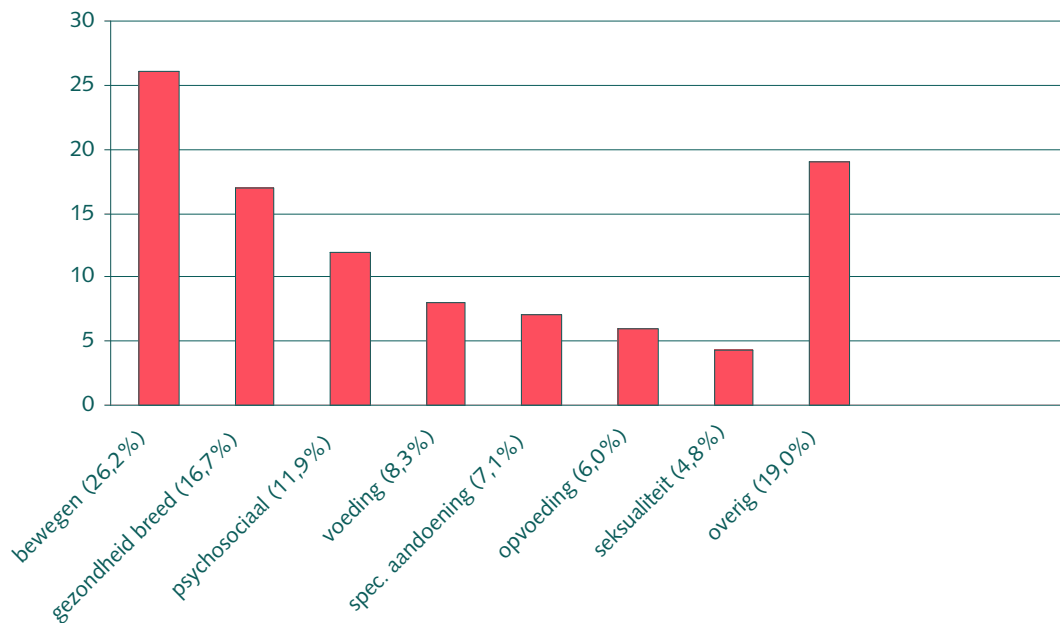
Thema's

Op basis van een overzicht van alle onderwerpen is gekeken naar de gezondheidsthema's die het meeste voorkwamen. Op basis hiervan is een indeling gemaakt met zeven thema's en één restcategorie. Indien een initiatief verschillende thema's betrof is gekeken naar het belangrijkste thema. Indien er meerdere thema's van een gelijk gewicht aan de orde kwamen, is het gecategoriseerd als gezondheid breed. De meeste projecten (26,2% van het totale aantal initiatieven) hadden bewegen als thema, gevolgd door gezondheid breed (16,7%), stress/psychosociale gezondheid (11,9%) en voeding (8,3%). Bij gezondheid breed kon, naast de eerdergenoemde verschillende gezondheidsthema's, ook worden gedacht aan informatie over gezondheidsvoorzieningen en de toegang daartoe. Een initiatief waarin verschillende elementen van een gezond leven aan bod kwamen was het project in de Ahi Evran Moskee (zie kader 2).

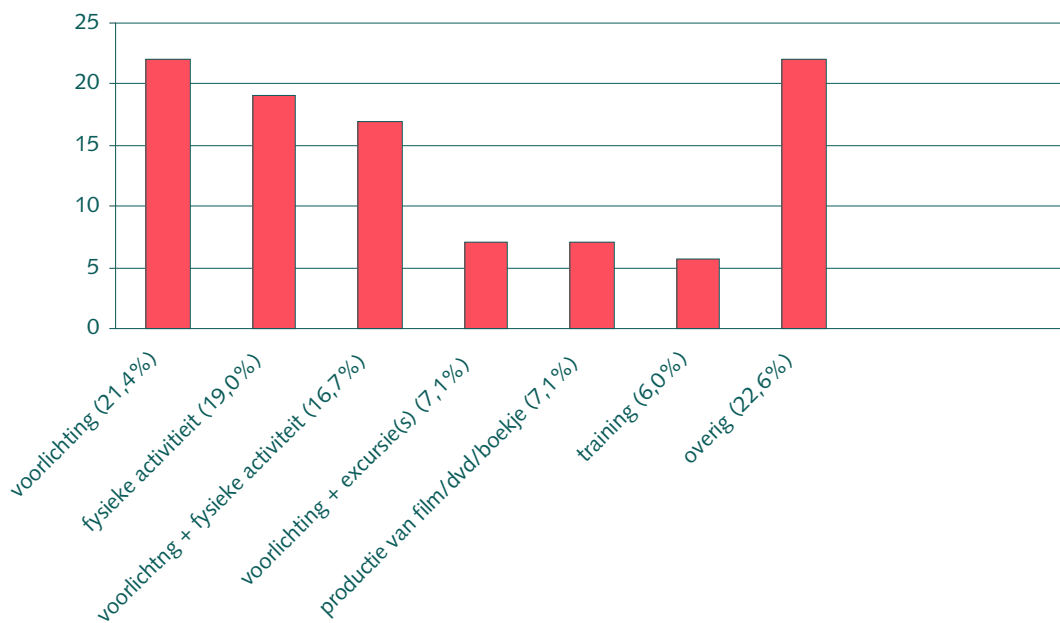
Van alle initiatieven was 7,1% gericht op een specifieke aandoening (bijv. borstkanker of diabetes). Tot de kleinere thema's behoorden opvoedingsondersteuning (6,0%) en seksualiteit/zwangerschap (4,8%). Ongeveer

Figuur 1.

Verdeling van de wijkinitiatieven over de verschillende thema's als % van het totale aantal initiatieven.

**Figuur 2.**

Verdeling van de wijkinitiatieven over de verschillende vormen in % van het totale aantal initiatieven.



een vijfde van alle initiatieven (19,0%) viel buiten de eerdergenoemde categorieën. Het ging hierbij bijvoorbeeld om onderwerpen als het belang van goede ventilatie en het gebruik van inheemse kruiden bij kwalen (en de risico's daarvan). Figuur 1 toont de verdeling over de verschillende thema's.

Vorm

De vorm waarvoor werd gekozen is heel divers: theater, productie van een dvd/filmpjes/boekje en manifestaties, beweegcursussen, trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten. Er golden geen eisen ten aanzien van de vormgeving van de initiatieven. Bij het



project Gezond eten voor weinig geld, met recepten voor en door bewoners, werd gekozen is voor de vorm van boekje (zie kader 3).

Kader 2

Ahi Evran Moskee maakt moeilijke onderwerpen bespreekbaar

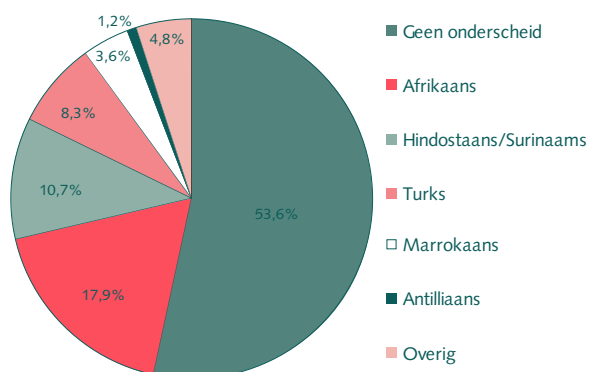
Via een intercultureel medewerker van stadsdeelkantoor in Escamp hoorde iemand van het moskeebestuur over het wijkactiebudget. Dat kwam mooi uit. Al een tijdje stond gezondheid op het verlanglijstje van de vrouwencommissie. De gangbare gezondheidszorg en -informatie werd niet altijd als toegankelijk en bereikbaar ervaren en een aantal mensen vond het moeilijk hun ziekte of probleem te erkennen. Het wijkactiebudget maakte het mogelijk een professionele voorlichter in te huren, waarmee ze gezamenlijk een programma van een aantal bijeenkomsten voorbereiden. Door middel van mondtot-mondreclame, de imam en huis-aan-huisfolders in de wijk werden vrouwen uitgenodigd voor de voorlichtingsavonden/activiteiten. Onderwerpen die ter sprake kwamen waren opvoeding, de relatie tussen stress en hoofdpijn en tussen voeding en gewicht. De sfeer en het onderlinge vertrouwen maakte het mogelijk dat ook gezondheidsonderwerpen die wat gevoeliger lagen aan de orde kwamen.

Het meest gekozen als vorm zijn voorlichting en fysieke activiteit of een combinatie van beide. Zie figuur 2. In 43% van alle gehonoreerde gevallen werd een vorm van voorlichting gegeven, in 35% was een fysieke activiteit opgenomen. Onder de categorie overig vielen de vormen onderzoek, manifestatie of een radiuitzending. De gekozen vorm hangt ook vaak samen met het thema. Zo wordt bijvoorbeeld het thema bewegen bijna altijd vormgegeven door middel van een fysieke activiteit en kiest men bij opvoedingsondersteuning voor voorlichting.

Kader 3

Gezond eten voor weinig geld met recepten voor en door bewoners

Een studente van de opleiding Voeding en diëtetiek van de Haagse Hogeschool heeft in het kader van haar stage een receptenboekje samengesteld. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met de GGD. Ook de Gemeentelijke Kredietbank was hierbij betrokken. Het receptenboekje bevat gezonde recepten die weinig geld kosten. De recepten waren afkomstig van de bewoners zelf en werden ook door de bewoners zelf uitgetoet. De teksten in het boekje zijn in makkelijk toegankelijk Nederlands en voor iedereen eenvoudig te begrijpen. Het boekje zal deze zomer verschijnen.

Figuur 3.*Doelgroep: verdeling naar allochtone herkomst***Doelgroep**

Bij de doelgroep is gekeken naar drie aspecten: leeftijdscategorie, sekse en mogelijk specifieke allochtone herkomst. Concreet ging het om de volgende vragen: voor welke leeftijdsgroep is het project bedoeld? Bestaat de doelgroep specifiek uit mannen of vrouwen of wordt dit onderscheid niet gemaakt? Verder is gekeken of het project zich richt op bewoners met een specifieke niet-Nederlandse herkomst. Een voorbeeld van een project dat zich met name richtte op de Hindostaanse bewoners was het project Hindostaanse dans (zie kader 4).

Vergelijking van de leeftijdscategorieën laat zien dat het merendeel van de initiatieven bedoeld was voor

Kader 4**Fitter en slanker door Hindostaanse dans bij Stichting Agnie**

Stichting Agnie heeft een grote achterban en organiseert verschillende activiteiten met name voor de Hindostaanse bevolkingsgroep. Met een bijdrage van het wijkactiebudget werd een nieuwe cursus Hindostaans dansen voor ouderen georganiseerd. Dit bleek een goede manier om zowel aan de gezondheid te werken als aan het doorbreken van het sociale isolement. Een professioneel opgeleide docent begeleidde de ouderen in spierversterkende oefeningen, op hun eigen muziek. Tussendoor kregen de deelnemers gezonde tips bijvoorbeeld over voeding en nachtrust. De deelnemers voelden zich fitter en bleken ook nog af te vallen en dat was weer een goede reclame, waardoor meer deelnemers aan de cursus gingen deelnemen.

volwassenen: 48. Van dit aantal waren zeven voorstellen speciaal bedoeld voor ouders met kinderen. Het accent in dit wijkactieprogramma lag overigens ook op volwassenen. Voor de groepen jeugd en ouderen wordt door de gemeente specifiek beleid gemaakt en worden aparte projecten/activiteiten uitgevoerd. Op het terrein van jeugd (waaronder wordt verstaan peuters, kinderen en jongeren) werden veertien voorstellen gehonoreerd. Vijf voorstellen richtten zich op ouderen en bij drie voorstellen werd iedereen als doelgroep genoemd.

Bij het grootste gedeelte van de initiatieven (70 van de 97) werd geen onderscheid gemaakt naar sekse. Vijf projecten waren speciaal voor mannen, bijvoorbeeld het project Jonge vaders van Stichting Kaabassie en het project Stress bij allochtone mannen, waar de vertegenwoordigers van het STIOM-platform Centrum bij betrokken waren. Er waren 22 projecten speciaal voor vrouwen, zoals een zwangerschapscursus en een spreekuur over borstkanker. Bij ruim de helft van alle initiatieven werd geen onderscheid gemaakt naar allochtone herkomst, de resterende groep was wel gericht op een specifieke allochtone groep (zie figuur 3). Initiatieven voor de Afrikaanse en Hindostaans/Surinaamse bewoners komen het meest voor. De Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse en de overige doelgroepen namen het resterende deel van de initiatieven voor hun rekening (17,9%).

Bedragen

Het programma was gericht op kleinschalige initiatieven en met het beschikbare budget konden niet meerdere grootschalige projecten worden gefinancierd. Per wijk was een bepaald bedrag beschikbaar en het was niet de bedoeling dat één organisatie met één project het geld voor de hele wijk zou opmaken. Behalve dat hierdoor bepaalde thema's niet aan bod zouden komen, is het ook niet goed voor het draagvlak binnen een wijk als er op deze manier wordt gewerkt. Dat de meeste initiatieven kleinschalig waren blijkt ook uit de bedragen die ermee waren gemoeid. De meerderheid van de initiatieven (64%) viel in de categorie tot € 5.000. Met name de initiatieven van wijkbewoners vielen in deze categorie. Projecten met het hoogste budget waren veelal afkomstig van de professionals. Bij de aanvragen van professionals werden zo mogelijk meerdere organisaties betrokken om zo het draagvlak te verbreden. Daarnaast zorgt dit ervoor dat organisaties elkaar opzoeken en waar mogelijk versterken. De aanvragen van de coördinatiegroepen en vanuit de STIOM-platforms vormden het grootste deel van de 12 initiatieven (14%) met een bedrag boven de € 10.000.

Beschouwing

Doel van het wijkactiebudget is het realiseren van veelal kleinschalige initiatieven in de stadsdelen/wijken met de grootste gezondheidsachterstanden. Hiermee wordt mede de bewonersparticipatie op het terrein van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid vormgegeven. Dit doel is ook bereikt: de afgelopen periode zijn jaarlijks zo'n 30 initiatieven gerealiseerd en het bedrag dat hiervoor beschikbaar was is grotendeels gebruikt. Een groot gedeelte van de ingediende initiatieven is daadwerkelijk gehonoreerd. Bij initiatieven die nog niet aan de criteria voldeden is samen met de aanvrager gekeken hoe de voorstellen in de juiste richting konden worden aangepast, waardoor de initiatieven alsnog konden worden gehonoreerd. Zeker bij bewonersorganisaties is een laagdrempelige aanvraagprocedure van belang. Voorstellen die in de kern goed zijn moeten niet worden afgewezen omdat het aanvraagformulier niet goed is ingevuld of omdat het initiatief niet direct aan alle criteria voldoet. Deze werkwijze heeft bijgedragen aan de effectiviteit van het programma.

Het wijkactieprogramma is geen programma dat van begin tot eind vast ligt. Er wordt voortdurend gekeken of en zo ja hoe het programma verbeterd kan worden. In de discussie spelen de volgende vragen of dilemma's een belangrijke rol:

Sturing versus keuzevrijheid: meer grip op de gewenste resultaten betekent meer sturing door de gemeente. Zo kan de gemeente sturen op de gekozen thema's. Uit het overzicht blijkt dat bepaalde thema's minder snel aan bod kwamen. Als mensen gevraagd wordt hoe ze hun gezondheid willen verbeteren of een goede gezondheid willen behouden dan worden goede voeding, voldoende bewegen en voldoende ontspanning (vermindering stress) het meest genoemd (6). Die onderwerpen zien we ook terug bij de keuze van de thema's. De betreffende onderwerpen vallen echter niet helemaal samen met de grootste gezondheidsproblemen, zoals vastgelegd in het nationale preventiebeleid.

Onderwerpen als roken en overmatig alcoholgebruik worden zelden als thema gekozen, maar zijn wel speerpunten in het landelijke beleid (7). Zou de gemeente kiezen voor sturing op thema's die minder voor de hand liggen, dan zou dat wel ten koste gaan van de vrijheid om zelf te bepalen met welke thema's men aan de slag wil gaan. De gemeente snijdt zichzelf daarmee in de vingers, omdat de animo om een projectvoorstel in te dienen zal dalen. Het is van belang dat het wijkactiebudget een instrument blijft dat het thema gezondheid van onderaf agendeert. Daarom is de middenweg de beste optie. Organisaties die al enkele

succesvolle projecten hebben afgerond, kunnen door de gemeente actief worden benaderd om eens een ander thema aan te snijden en verder uit te werken.

Een andere vraag betreft de keuze tussen *verbreding versus verdieping*. Aan de ene kant wil de gemeente nieuwe initiatieven een kans geven, aan de andere kant is het de wens van de gemeente succesvolle initiatieven verder brengen. Het streven om nieuwe initiatieven een kans te geven moet er niet toe leiden dat het programma alleen eenmalige initiatieven omvat die 'nieuw zijn'. Dit moet geen doel op zich worden. Als blijkt dat een initiatief succesvol is en gezondheidswinst lijkt op te leveren dan ligt het verder brengen voor de hand, bijvoorbeeld door uitrol over de stad. Wanneer echter bepaalde initiatieven jaar na jaar worden gefinancierd, dan ontbreken op een gegeven moment de financiële middelen om nog nieuwe initiatieven te financieren. Daarom wordt ook gekeken of initiatieven op een andere manier, buiten het wijkactieprogramma, verankerd kunnen worden. Dit betekent dat zowel op verbreding als op verdieping wordt ingezet, waardoor de resultaten die het wijkactiebudget oplevert voor het lokale gezondheidsbeleid zo goed mogelijk worden benut.

Referenties:

1. Gezondheidsmonitor 2010 Gemeente Den Haag, dienst OCW/afdeling Epidemiologie, januari 2010. Veelen, JJ e.a. G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden. Rapportage in opdracht van de GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond, de dienst OCW en de Gemeente Den Haag/GGD en GG&GD Utrecht, Den Haag, november 2009.
2. Schmidt, M Tackling health inequalities in The Hague; A process evaluation of a programme to improve health in deprived neighbourhoods (proefschrift) Amsterdam: Universiteit van Amsterdam 2009.
3. Kraetzer CMJ, Schmidt M, Joosen EAM De wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstand in Den Haag Epidemiologische bulletin 2007; 42/4: 11-17.
4. Ministerie van WWI/VROM De 7 experimenten van de wijkenaanpak, experiment 2: Bewonersparticipatie, november 2009 pag. 7.
5. Jacobs, G, Braakman, Houweling, J Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering, concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden, Utrecht; Universiteit voor Humanistiek in opdracht van ZonMW 2005.
6. TNS Nipo, Kun je gezond genieten?, Amsterdam, maart 2007.
7. Ministerie van VWS Preventienota. Kiezen voor gezond leven, december 2006 pag. 16.

Korte berichten

Actueel

Reactie landelijke organisaties (seksuele) gezondheid op advies CVZ over vergoeden anticonceptie

De Rutgers Nisso Groep, kenniscentrum seksualiteit, en een groot aantal andere partijen zijn het niet eens met het advies van het College van Zorgverzekeraars (CVZ) om anticonceptie te verwijderen uit het basispakket van zorgverzekeringen. In een brief aan de Kamer stelden zij in april j.l. dat iedereen toegang moet hebben tot anticonceptie en dat kosten geen drempel mogen zijn voor een verantwoorde anticonceptiekeuze.

Het CVZ verwacht dat vrouwen als ze zelf moeten betalen, kiezen voor het goedkoopste middel, namelijk de pil. De pil heeft echter een risico op falen bij niet goed gebruik en is niet voor iedereen geschikt. De organisaties zijn zich ervan bewust dat bezuinigingen niet kunnen uitblijven en dat vergoedingen uit het basispakket kritisch moeten worden gezien, maar betwijfelen sterk of deze voorgestelde maatregel de gewenste bezuiniging oplevert. Het gaat om ongeveer 70 miljoen euro per jaar, een relatief geringe investering waarmee op korte en langere termijn veel kosten en leed bespaard kunnen worden.

De organisaties voeren onder meer de volgende argumenten aan:

- Met goede preventieve zorg kunnen hogere kosten voor zorg worden bespaard. In het geval van vergoeding van anticonceptie zijn dit kosten als gevolg van onbedoelde zwangerschappen, abortus en begeleiding en opvang van tienermoeders.
- Nederland heeft internationale

verdragen ondertekend, zoals het Internationale Vrouwenverdrag van de VN, waarin wordt bepaald dat vrouwen waar ook ter wereld, gelijke toegang hebben tot betrouwbare en betaalbare anticonceptie.

- Uit de abortuscijfers van de afgelopen jaren blijkt dat laag opgeleide groepen vaak meer seksuele risico's nemen en minder goed in staat zijn tot adequaat anticonceptiegebruik. Bij doorvoering van het CVZ-advies zullen juist zij vanwege financiële redenen mogelijk kiezen voor minder betrouwbare methoden.
- Het CVZ adviseert ook voor jongeren (tot 21 jaar) de anticonceptie niet meer te vergoeden. Deze groep beschikt vaak nog niet over een eigen inkomen, een deel ervan zal vanwege privacy en zelfbeschikking geen beroep willen doen op financiële bijstand van de ouders. Dat geeft het risico dat ongewenste zwangerschappen, tienermoederschap en abortus onder jongeren toenemen.
- Ook medische anticonceptie komt in het advies niet meer in aanmerking voor vergoeding. Het (hormoon)spiraaltje biedt op langere termijn betrouwbare bescherming tegen onbedoelde zwangerschap. Juist bij cliënten met een groot risico op onbedoelde zwangerschap kan hiermee een effectievere bescherming worden geboden dan met de pil. Nu ook het plaatsen van anticonceptie niet meer wordt vergoed, dreigt substitutie van deze zorg naar de tweede lijn. Deze zorg is in de regel duurder dan eerstelijnszorg.

Cursussen

Master of Public Health

De NSPOH, de instelling waarvan in deze rubriek regelmatig de cursussen worden aangekondigd (zie ook hieronder), start op 16 september a.s. de opleiding Master of Public Health. De NSPOH meldt hierover a.o.: "De opleiding biedt beleidsadviseurs, projectleiders en leidinggevendenden de mogelijkheid hun kennis en ervaring bij advisering, beleid, organisatie en verandermanagement, onderzoek en interventies verder te ontwikkelen. (...) Door een speciaal coachingstraject is de begeleiding van deelnemers intensief. De opleiding werkt met integrale opdrachten, waardoor er een optimale koppeling plaatsvindt tussen de eigen praktijk en de opleiding."

De onderdelen kunnen ook los worden gevolgd, als geaccrediteerde bij- en nascholing. Wie tussentijds besluit om de gehele opleiding te volgen kan zich hiervoor ook later inschrijven. Nadere informatie bij opleider/adviseur Manon Penris, 020-4097021, e-mail m.penris@nspoh.nl.

Summercourse 'Epidemiologie: wat kan ik er mee?'

Maak kennis met de principes uit de epidemiologie én leer ze toepassen in uw eigen praktijk. Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, beleidsmedewerker, gezondheidswetenschapper, professional en de projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ instelling, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie of relevante overheidsinstantie.

Data: Woensdag t/m vrijdag
18 t/m 20 augustus 2010
Kosten: € 1.195
Locatie: Zweeloo (Drente)
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=453>

Summerschool public health

U krijgt de gelegenheid zich in een aangename omgeving te verdiepen in de breedte van de public health. Drie dagen met kort avondprogramma.

Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid die de 1e fase beroepsopleiding M&G hebben afgerond, voor jeugdartsen, MPH-ers en andere professionals in de public health.

Data: woensdag t/m vrijdag
25 t/m 27 augustus 2010
Kosten: € 1.495
Locatie: Amersfoort
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=397>

Veranderen en implementeren in de public health

U leert werken met strategieën en methoden voor het in werking zetten en bestendigen van veranderingen en vernieuwingen. Doelgroep: (senior) beleidsmedewerkers, projectmanagers, programmamanagers, leidinggevenden in de public health die geregeld veranderingen en vernieuwingen begeleiden. U bent werkzaam bij een GGD, een GGZ-instelling, de thuiszorg, overheid, of bij een categorale instelling.

Data: donderdag 9 en 23 september, 7 oktober, 4 en 18 november, 2 en 16 december 2010
Kosten: € 3.690
Locatie: NSPOH te Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=128>

Weerstand begrijpen en ombuigen

U leert weerstand herkennen in

uw advisering of bij veranderingsprocessen. Daarnaast ontwikkelt u een breed repertoire om stagnaties door weerstand om te buigen.

Doelgroep: professionals in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld adviseren of als projectmanager of leidinggevende betrokken zijn bij het invoeren van vernieuwingen en veranderingen.

Data: dinsdag en woensdag 14 en 15 september 2010
Kosten: € 700
Locatie: NSPOH te Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517>

Strategisch opereren in de public health

U gaat op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming. U analyseert relevante netwerken en krachtenvelden.

Doelgroep: beleidsmakers, bestuurders en uitvoerders functionerend op academisch denk- en werkniveau, werkzaam in de public health.

Data: donderdag 16 en 30 september, 14 oktober, 4 en 18 november, 2 en 16 december 2010
Kosten: € 3690
Locatie: NSPOH te Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=126>

Veranderen, samenwerken en procesmanagement

Loopt u aan tegen weerstand, gebrek aan motivatie en andere prioriteiten in een samenwerkingsverband? Leer zelf meer sturing te geven aan samenwerking door zicht te krijgen op het samenwerkingsproces en op uw persoonlijke rol en vaardigheden hierin.

Doelgroep: preventied medewerkers, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, projectleiders, programmamanagers met

minimaal 2 jaar werkervaring.

U bent werkzaam bijvoorbeeld bij een GGD, RIAGG/GGZ, in de verslavingszorg, thuiszorg, patiëntenvoorlichting, een landelijke categorale instelling of een ondersteuningsinstituut. Ook andere professionals die vaak in complexe samenwerkingsverbanden werkzaam zijn, kunnen met deze module hun voordeel doen.

Data: woensdag 22 september en 6 oktober 2010
Kosten: € 700
Locatie: NSPOH te Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=82>

Informatie over alle cursussen via www.nspoh.nl, telefoon 020-4097000, e-mail info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2010, voor de stad Den Haag

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

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemeld in het eerste kwartaal 2010 (50, exclusief de meldingen van TBC), is lager dan het aantal in dezelfde periode in 2009 (108, exclusief de meldingen van TBC). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal gevallen van kinkhoest en hepatitis B. Om in lijn te blijven met de landelijke cijfers geeft het kwartaalrapport alleen die meldingen weer die

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het derde en vierde kwartaal 2009.

Ziektecategorie	KDV	Kinder- centrum	Verpleeg- huis	school	Anders	Zieken- huis	Totaal
Huidziekten		1		1			2
Maag-darmaandoening		5	27		1	2	35
Vlekjesziekten		2		4			6
MRSA					1	1	
totaal		8	27	5	1	3	44

door het RIVM zijn gecontroleerd en geaccordeerd. Door een tijdelijke vertraging in de administratieve afhandeling van meldingen is het aantal gerapporteerde meldingen lager dan het werkelijke aantal dat bij de GGD is gemeld. Naar verwachting is dit effect het volgend kwartaal gecorrigeerd. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Een 38 jarige man werd gemeld met de bof. Hij is zeer waarschijnlijk besmet bij de Technische Universiteit Delft waar sinds begin december 2009 een uitbraak van bof is vastgesteld.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (24 chronische en 2 acute gevallen) is lager dan het vorige kwartaal. Er waren bijna evenveel mannen als vrouwen. Op enkele patiënten na betrof het personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend.

Bij 2 volwassen mannen was acute hepatitis B vastgesteld, bij de een opgelopen na onveilig seksueel homocontact en bij de ander waarschijnlijk na een pedicure behandeling in Azië.

Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)

Deze zeldzame ziekte is sinds eind 2008 meldingsplichtig voor kinderen onder vijf jaar. De meldingsplicht is ingesteld om na te gaan of de vaccinatie tegen pneumokokken die in het Rijksvaccinatieprogramma gegeven wordt, voldoende bescherming biedt. Het vaccin biedt bescherming tegen 7 van de meest voorkomende subtypes van de bacterie. Er werden 2 kinderen gemeld waarvan de een een hersenvliesontsteking en de ander een longontsteking had. Beide kinderen hadden het pneumokokkenvaccin gekregen. Bij 1 kind kon het subtype van de pneumokok niet worden bepaald. Bij het andere kind is besmetting vastgesteld met een pneumokok bacterie van een subtype dat niet in het vaccin zit.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (16) was lager dan het aantal gevallen in hetzelfde kwartaal van 2009 (30). Het betrof bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal tussen 5 en 50 jaar.

Malaria

Twee volwassen vrouwen werden gemeld met malaria, opgelopen in Nigeria en Pakistan. Beiden hadden geen profylaxe tegen malaria geslikt.

Meningokokkenziekte

Twee volwassen mannen werden met deze ziekte gemeld. Gezien hun leeftijd waren zij niet door het Rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd tegen meningokokken.

Ziekte van Creutzfeldt-Jakob's Disease - Klassieke vorm

Deze ziekte die geen infectieziekte is, is meldingsplichtig om het onverhoopt voorkomen van de variant van deze aandoening die bekend staat als de 'gekke koeienziekte' niet te missen. Deze variant immers treedt zeer laat op na het consumeren van besmette vleesproducten en heeft aanleiding gegeven tot verregaande preventieve maatregelen in de veeteelt.

Infectieziekten gemeld door instellingen

Het aantal meldingen uit instellingen is iets hoger vergeleken met het aantal meldingen gedurende het eerste kwartaal 2009 (32). De maag-darmaandoeningen betreffen hoofdzakelijk 29 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen, bijna allemaal veroorzaakt door het norovirus. In 1 geval betrof het een beperkte uitbraak van een salmonella bacterie waar de (voedings)bron niet van is

gevonden. Tevens waren er buikgriep uitbraken in kinderdagverblijven. Vlekjesziekten en huidziekten betroffen meestal vermoedens van de vijfde ziekte en roodvonk, alsook kleine uitbraken van ringworm. De meldingen kwamen vooral van kinderdagverblijven en scholen. Tenslotte werd een uitbraak van MRSA-dragerschap gemeld in een ziekenhuisafdeling.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2010 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

In januari kwamen de eerste meldingen van bof bij de GGD Zuid-Holland binnen. De patiënten waren studenten van de Technische Universiteit in Delft. De meeste studenten bleken gevaccineerd te zijn. Sinds 1987 wordt er tegen bof gevaccineerd in het Rijksvaccinatieprogramma. In maart bleek dat ook onder studenten in Leiden bof werd gezien. Uit het onderzoek van de beide GGD'en bleken veel contacten met de Delftse studenten. De huisartsen in de regio zijn er

op attent gemaakt dat er sprake kan zijn van bof, ondanks dat de patiënt gevaccineerd is. Naar de oorzaken van de uitbraak wordt verder onderzoek gedaan. Het RIVM heeft in samenwerking met de GGD Zuid-Holland West en een aantal huisartsen extra diagnostisch onderzoek gedaan bij de gemelde patiënten met bof. Mogelijk neemt de bescherming tegen bof na een aantal jaren af. In combinatie met het dicht op elkaar leven van de studenten kan zo de uitbraak zijn ontstaan. Er zijn in het eerste kwartaal 59 meldingen van bof geweest.

Hepatitis B

Er waren 8 meldingen van hepatitis B. In één geval ging het om een acute besmetting. De bron van deze acute besmetting was niet te achterhalen

Invasieve GAS

Er is driemaal een invasieve GAS gemeld.

Kinkhoest

Er waren 35 meldingen van kinkhoest. Het aantal meldingen is stabiel. De GGD doet contactonderzoek om met name de niet of onvolledig gevaccineerden

zuigelingen onder de 1 jaar te beschermen.

Invasieve Pneumokokken

Er is eenmaal een invasieve pneumokok gemeld. Het ging om een baby met onderliggend lijden.

Malaria

1 geval van malaria werd gemeld, opgelopen in Oeganda. Er was geen profylaxe geslikt.

Paratyfus A

Er was 1 geval van paratyfus. De patiënt kwam uit Indonesië.

Shigellose

In het eerste kwartaal waren er 2 meldingen van Shigellose. De ziekte was opgelopen in Gambia en Egypte

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het eerste kwartaal 2010			De voorgaande 4 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
	1e kw. 2010	1e kw. 2010	1e kw. 2010	1e kw. 2009**)	2e kw. 2009**)	3e kw. 2009**)	4e kw. 2009**)	1e kw. 2010	1e kw. 2009**)
B-ziekten									
bacillaire dysenterie		2	2	5	7	22	7	2	5
buiktyfus				1		2	2		1
cholera									
Creutzfeld-J's disease	1		1					1	
hepatitis A				9	6	11	5		9
hepatitis B *)	26	8	34	73	50	63	83	34	73
hepatitis C									
kinkhoest	16	35	51	100	167	160	188	51	100
legionella pneumonie				5	2	6	4		5
mazelen				1					1
meningokokkose	2		2	1	3	3		2	1
paratyfus A		1	1		1	1	2	1	
paratyfus B (C)						1			
tuberculose	25		25	28***	25***	29	19	25	28***
voedselvergiftiging of voedselinfectie				1	1	2	3		1
invasieve GAS *****)		3	3					3	
C-ziekten									
brucellose						1			
E.coli 0157				1		6	5		1
leptospirose									
malaria	2	1	3	3	2	11	10	3	3
ornithose/psittacose					2	3	1		
Q-koorts					1				
rode hond					1				
bof *****)	1	59	60					60	
invasieve pneumokokken *****)	2	1	3					3	
totaal	75	110	185	228	268	321	329	185	228

*) Inclusief dragers.

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

***) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

****) Deze infectieziekten worden sinds 2010 in deze tabel opgenomen.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp en Schipluiden.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie: /
Straat:
Postcode/stad: /

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:
Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad: /

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag.



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13 034
2501 VG Den Haag