

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 50

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

2

2015

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Klein uit Den Haag
over rol GGD ➤ p. 4

Huisarts in de **basis GGZ** ➤ p. 24

EPIDEMIOLOGIE

Haags **Uitgaansonderzoek 2014** ➤ p. 7

Dakloos in Haaglanden ➤ p. 18

Gezondheid **in cijfers** ➤ p. 30

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Haagse Wethouder Karsten Klein (CDA) Rol voor GGD Haaglanden in de ontwikkeling van Smart Cities <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Het Haags Uitgaansonderzoek 2014 Hoeveel gebruiken jongeren en hoe gaan ze ermee om? <i>Ad van Dijk en Pascale Reinerie</i>	7
Dakloos in Haaglanden Kenmerken en problematiek van feitelijk daklozen <i>Renske Gilissen en Roelien Beuker</i>	18
Hoe (be)valt de huisartsenzorg in de nieuwe basis GGZ?	24
Gezondheid in cijfers: eenzaamheid	30
Korte berichten	31
Meldingen infectieziekten	35



Redactioneel

Dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin opent weer met een boeiend interview met een van de wethouders in de regio Haaglanden. Dit keer is het woord aan Karsten Klein, wethouder Zorg en Welzijn van de gemeente Den Haag.

Dit nummer zet de traditie voort van het op gezette tijden in kaart brengen van het middelengebruik in de uitgaansscene: het Haags Uitgaansonderzoek. Ik weet niet hoe het u zal vergaan bij het lezen, maar in de redactievergadering werd met veel bezorgdheid gereageerd op de cijfers.

Een andere traditie van het Bulletin betreft de aandacht voor dak- en thuislozen. In deze uitgave een verslag van de derde keer dat het zogeheten ‘winterkoudeonderzoek’ werd gehouden: een onderzoek onder de aanwezigen in de nachtopvang gedurende de periode dat deze voor iedereen is opengesteld wegens de gure weersomstandigheden.

Verder wordt in dit nummer de discussie voortgezet over ‘de nieuwe GGZ’, waarbij de huisartspraktijk een belangrijkere rol krijgt in de zorg bij psychische klachten. Maarten Cox, voormalig huisarts in Den Haag en kwaliteitsmedewerker van de Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijkorganisatie (SHOP), heeft in het septembernummer van 2014 aandacht gevraagd voor de positieve en negatieve kanten van deze nieuwe ontwikkeling. Het thema is hot en Medisch Contact, het weekblad van de KNMG, heeft dan ook in april jl. een verkorte versie van het artikel van Maarten Cox overgenomen. Inmiddels hebben in de regio Haaglanden diverse betrokken partijen op ons verzoek gereageerd op het artikel in het Epidemiologisch Bulletin. Hun reacties zijn gebundeld in deze aflevering.

En natuurlijk is er weer de vaste rubriek ‘Gezondheid in cijfers’, met dit keer het thema ‘Eenzaamheid’ centraal.



Rol voor GGD Haaglanden in de ontwikkeling van Smart Cities

“Preventie is een van de belangrijkste taken van de gemeentelijke overheid. Preventie staat dan ook centraal in de nieuwe nota ‘Volksgezondheid’ die binnenkort uitkomt.” Karsten Klein (CDA) is wethouder Zorg en Welzijn in Den Haag. Hij heeft met het oog op preventie hoge verwachtingen van de twaalf sociale wijkzorgteams die op 1 januari jl. zijn gestart. “Ze werken in de wijk en hebben contacten met de bewoners. Daardoor kennen ze de problematiek en kunnen ze inschatten welke zorg nodig is. Het is relevant dat GGD Haaglanden met een signalerende en adviserende functie bij deze sociale wijkteams aangesloten is.” Ook op geheel ander vlak ziet Klein een taak, namelijk bij de ontwikkeling van Smart Cities. “In het toepassen van ict binnen de zorg heeft de GGD zeker een adviserende rol.”

Liesbeth van Dalen

Gezonde leefstijl

Karsten Klein was de achterliggende jaren al met het onderwerp ‘gezondheid’ bezig als wethouder van Jeugd, Sport en Welzijn. “Ik vind het heel leuk om nu de portefeuille Zorg en Welzijn te mogen doen. Het is een brede portefeuille die uiteenloopt van de WMO tot het gehele beleid volksgezondheid. Begrippen als preventie en gezonde leefstijl zijn dan ook niet nieuw voor mij. Die beleidsdoelstellingen sluiten goed aan bij het volksgezondheidsbeleid zoals dat de achterliggende jaren gevoerd is en de komende jaren gevoerd zal worden.”

De GGD is een belangrijk kennis-instituut met verstand van volksgezondheidsaspecten en kennis over hoe je dat richting publiek op een goede manier moet vertalen.

Een van de belangrijkste taken van een gemeentelijke overheid is volgens Klein preventie. Preventiebeleid staat dan ook centraal in de nieuwe nota ‘Volksgezondheid’ die binnenkort uitkomt. “Het gaat erom dat je publieksgericht te werk gaat en daarbij is in mijn ogen preventie heel belangrijk. Dat deden we al in de aanpak van overgewicht en het stimuleren van jongeren naar gezond gewicht door middel van de juiste eetgewoonten en voldoende beweging. Een gezonde leefstijl is heel belangrijk! Genotmiddelen, seksuele gezondheid, terugdringen depressies en bevorderen van een gezonde en stimulerende leefomgeving blijven de speerpunten waar we ons op richten. Wat mij betreft komt daar participatie bij. Op dat punt heeft Den Haag met de ‘Buurthuizen van de Toekomst’ de toegankelijkheid sterk verbeterd. Veel mensen, zeker mensen die eenzaam zijn of geen netwerken hebben, vinden daar nu een plek.”



Over de rol van GGD Haaglanden op het terrein van preventie zegt Klein: “Ik ken de GGD als beleidsadviseur, als een organisatie die meekijkt, meeleeft en adviseert over methodes. Tegelijkertijd is het een uitvoerende instantie die bijvoorbeeld voorlichting geeft op scholen en lespakketten samenstelt. Het is een belangrijk kennisinstituut met verstand van volksgezondheidsaspecten en kennis over hoe je dat richting publiek op een goede manier moet vertalen.”

Zorg aan ouderen en sociale wijkzorgteams

Via intranet zijn de wethouders van het nieuwe college van B&W vorig jaar voorgesteld aan de gemeentebesturen. Karsten Klein zei daarin onder andere: “Het bieden van goede zorg aan ouderen zie ik als één van mijn belangrijkste verantwoordelijkheden. De gemeente neemt op dat vlak veel taken over van het Rijk en dat wordt een gigantische klus die we goed moeten uitvoeren. Daarbij moet het bieden van de juiste zorg altijd voorop blijven staan.”

Klein licht toe waarom hij de zorg aan ouderen zo belangrijk vindt. “Er is van nature minder aandacht voor ouderen. Zet daar eens tegenover hoeveel aandacht er is voor de jeugd. Denk aan Jeugdzorg, de Centra voor jeugd, gezin en veiligheid en de Jeugdgezondheidszorg. Die aandacht is goed en noodzakelijk, maar de ouderen mogen we niet vergeten. De afgelopen jaren heeft zich dat vertaald in het experiment met de Centra voor Ouderen. Het experiment is in drie wijken uitgevoerd om te kijken welke partijen er zijn om ouderen die hulp en ondersteuning nodig hebben, ook daadwerkelijk te vinden en die zorg te bieden. Ook is gekeken wie het voortouw neemt: de overheid, een aanbieder of een tussenvariant. Dankzij het experiment hebben we in beeld welke functionarissen er zijn en hoe ze samenwerken. Bovendien zijn dankzij de taskforce mantelzorg veel ouderen opgespoord en bereikt.”

De resultaten zijn gebruikt bij de opzet van twaalf sociale wijkzorgteams die in 2015 zijn gestart. “De sociale wijkzorgteams bestaan uit verschillende specialismen en zijn in de wijk gepositioneerd. De verwachting is dat ze straks de wijken en de bewoners kennen en kunnen inschatten waar extra zorg nodig is.” Ook GGD Haaglanden is volgens Klein een belangrijke partner in deze sociale wijkzorgteams.



Wethouder Karsten Klein (CDA):

“De GGD is een belangrijke partner in de sociale wijkzorgteams.”

“De GGD werkt op individu-overstijgend niveau en heeft met name in wijken waar sprake is van gezondheidsachterstanden een belangrijke signalerende en adviserende functie. Het is relevant dat de GGD door overleg met die sociale wijkzorgteams aangesloten is bij wat andere specialisten doen, van huisarts tot welzijnswerker.”

Grote stad in de regio

De samenvoeging van GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West tot GGD Haaglanden is voor Klein een vanzelfsprekende ontwikkeling. “Het is goed dat je als stad met je buurgemeenten op zo’n manier gezamenlijk optrekt. Ten aanzien van het Soa-centrum en de dak- en thuislozenopvang werd er al samengewerkt. Voor Den Haag betekent het nu: verder kijken dan je eigen stad en de grote stedenproblematiek en -aanpak. Er zijn goede afspraken hoe GGD Haaglanden de negen gemeenten bedient, zodanig dat het recht doet aan de problematiek in

die specifieke gemeenten. Ook het bestuurlijk overleg met de wethouders van de buurgemeenten verloopt heel goed. Over vijf jaar heeft GGD Haaglanden een stevige regionale verankering, met een belangrijke rol voor de volksgezondheid en voor het realiseren van beleidsdoelen. Denk bijvoorbeeld aan het doel dat mensen zolang mogelijk op een goede manier thuis kunnen blijven wonen. Dat is een belangrijke maatschappelijke trend, waarnaar vanuit verschillende perspectieven gekeken moet worden.”

Kenmerkend voor de problematiek van Den Haag als grote stad is vooral de omvang ervan. Klein: “Den Haag heeft, meer dan de andere gemeenten, bepaalde wijken met een concentratie van mensen met problemen. Dat vergt een specifieke aanpak. Denk bijvoorbeeld aan overgewicht of multiproblemen, dat speelt in de ene wijk meer dan in de andere. Daar moet je oog voor hebben om problemen te voorkomen. Vandaar ook de keuze voor de sociale wijkzorgteams. De samenstelling en omvang verschilt per stadsdeel en is afgestemd op de problematiek per wijk.”

GGD en toezicht op gezondheidsrisico's

In de brief over Betrouwbare Publieke Gezondheid stellen de minister en de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer dd. 28 augustus 2014 voor de rol van de GGD te versterken met

- specialistisch kennis wat betreft toezicht en controle op gezondheidsrisico's,
- een integrale aanpak van preventie,
- GGD als beleidsadviseur in het sociale domein en in de ondersteuning van sociale wijkteams,
- nieuwe verbindingen tussen preventie, zorg en ondersteuning in de buurt.

De drie laatst genoemde punten passen naadloos in hetgeen wethouder Klein al aangaf en nastreeft. Wat betreft het eerste punt, toezicht en controle op gezondheidsrisico's, vraagt hij zich af wat beide bewindslieden voor ogen staat, anders dan hetgeen de GGD al doet. De GGD is immers al het kenniscentrum met betrekking tot infectieziekten en gezondheidsrisico's.

Nieuw is wel dat de GGD een rol krijgt in het toezicht op de kwaliteit van Wmo-voorzieningen. “Het toezicht op de vanuit de gemeente gecontracteerde zorg gebeurt niet meer door de Inspectie Volksgezondheid. De GGD is door de gemeenten in de regio Haaglanden aangewezen als toezichthouder.”

De GGD werkt op individu-overstijgend niveau en heeft met name in wijken waar sprake is van gezondheidsachterstanden een belangrijke signalerende en adviserende functie.

GGD en Smart Cities

Wethouder Klein ziet ook een belangrijke en nieuwe taak voor de GGD in het kader van Smart Cities. In de brochure van de Rijksoverheid ‘Naar een Smart Urban Delta’ van januari 2015 staat daarover het volgende. Bij Smart Cities komen twee trends samen, namelijk digitalisering en verstedelijking. Nieuwe, ICT-gerelateerde technologieën en toepassingen kunnen de maatschappij ingrijpend beïnvloeden. Tegelijk neemt wereldwijd de verstedelijking toe. Dit leidt tot nieuwe stedelijke opgaven, problemen en kansen. Onder invloed van digitalisering en verstedelijking vindt bovendien een maatschappelijke ontwikkeling plaats: het ontstaan van een energieke samenleving die, in allerlei verbanden, zelf slimme oplossingen bedenkt en toepast. Slimme technologie en slimme mensen maken de stad duurzamer, bereikbaarder, veiliger en leefbaarder. “We zoeken ict-toepassingen die het mogelijk maken dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en die de zorg makkelijker of goedkoper maken. Daar zie ik een nieuw terrein voor de adviserende functie van de GGD”, aldus wethouder Klein.

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. Van Dalen is onder andere eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin.



SAMENVATTING

INLEIDING

Den Haag heeft een aantal uitgaansgebieden waar jongeren uitgaan en alcohol en andere genotmiddelen gebruiken. In de periode 2013-2014 hebben GGD Haaglanden en Indigo-Context een monitor opgezet om het genotmiddelengebruik en uitgaansgedrag van jongeren tot 36 jaar te volgen.

METHODE

Het onderzoek behelst een panelstudie en een survey. Het panel bestaat uit professionals die zicht hebben op netwerken van jongeren die uitgaan en uit jongeren die zelf uitgaan en zicht hebben op één of meerdere uitgaansnetwerken. De survey bestaat uit een korte vragenlijst die op locaties is afgenomen, gevolgd door een uitgebreide internetvragenlijst.

RESULTATEN

Alcohol is het belangrijkste middel voor uitgaanders: 41% is zware drinker, 88% geeft aan in de afgelopen maand minstens één keer 5 of meer glazen te hebben gedronken tijdens één gelegenheid. Het gebruik in de laatste maand is voor cannabis 42%, ecstasy 17%, cocaïne 11% en speed 8%. Van de uitgaanders maakt 21% zich wel eens zorgen om het middelengebruik, in de meeste gevallen gaat het daarbij om alcohol. Ecstasy is voor veel jongeren een middel dat bij uitgaan hoort. 84% vindt 130 mg of meer MDMA in een ecstasypil niet te veel of weet het niet. Jongeren onder de 18 jaar gebruiken en experimenteren in woonwijken op hangplekken, op straat of op schoolpleinen.

CONCLUSIES

Slechts één op de vijf uitgaande jongeren maakt zich zorgen om het eigen gebruik, vooral alcohol. Dat is weinig met het oog op het hoge aantal zware drinkers. Ecstasy (XTC) lijkt door uitgaanders geaccepteerd als dé feestdrug, maar kennis over de samenstelling van de pillen is onder jongeren gering. Voor jongeren die nog niet uitgaan en middelen gebruiken buiten de commerciële uitgaanslocaties ontbreekt vaak elke controle. Preventie en voorlichting blijven noodzakelijk.

Het Haags Uitgaansonderzoek 2014

Den Haag kent een rijke uitgaanscultuur met diverse uitgaanslocaties waar jongeren uitgaan. Uitgaan is voor hen een feest, maar niet zonder risico's voor hun gezondheid. In 2014 is opnieuw onderzoek gedaan naar het gebruik van alcohol en andere middelen door jongeren die uitgaan in Den Haag. Daaruit blijkt onder andere dat alcohol genotmiddel nummer één is. Meer dan veertig procent is zware drinker. Het gebruik van cannabis (hasj/wiet) steeg ten opzichte van 2003 en het cocaïnegebruik onder Haagse uitgaanders is lager dan de landelijke cijfers. Het gebruik van alcohol en andere middelen door Haagse uitgaanders lijkt te zijn geaccepteerd: een op de vijf uitgaanders maakt zich wel eens zorgen over het gebruik. De onderzoekers concluderen dat het monitoren van het aan trends onderhevige uitgaan en middelengebruik noodzakelijk is om zicht te houden op gebruik en de risico's ervan.

Ad van Dijk en Pascale Reinerie

Inleiding

De afgelopen decennia heeft de gemeente Den Haag regelmatig haar bezorgdheid geuit over het gebruik van alcohol en andere middelen tijdens het uitgaan, resulterend in meerdere onderzoeken. Sinds 2002 onderzoekt de GGD regelmatig het gebruik van alcohol en andere middelen door jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag.¹ Het gebruik van alcohol en andere middelen tijdens het uitgaan op uitgaanslocaties is hoger dan daarbuiten.^{2,3,4} Het gebruik van nieuwe middelen en de terugkeer van oude middelen vinden hun weg door experimenterende 'trendsetters' in de uitgaanswereld. Trendvolgers volgen dit experimenteelgedrag met als gevolg dat de grote groep uitgaande jongeren deze middelen gaat gebruiken.^{5,6} Uitgaan is sterk geassocieerd met alcoholgebruik. Na alcohol zijn de drie meest gebruikte middelen cannabis, XTC en cocaïne en in mindere mate amfetamine, GHB, ketamine en lachgas.^{5,6} Tijdens het uitgaan vindt riskant gebruik van middelen plaats door het combineren van middelen, het frequent en veel gebruiken van middelen en het experimenteren met nieuwe middelen.^{1,6} De gemeente Den Haag heeft behoefte aan kennis over jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag met

het oog op signalering, ondersteuning van beleid, preventie en voorlichting aan jongeren.

In 2002 is gestart met het samenstellen van een panel van uitgaanders en professionals en een survey die op uitgaanslocaties werd afgenomen, het Haags Uitgaansonderzoek, HUO. Dit onderzoek is herhaald in 2003.⁷ In 2008 zijn wederom een panelonderzoek en een survey gehouden.⁸ De survey richtte zich toen meer op de algemene groep jongeren in Den Haag die 'wel eens' uitgaan, en dus minder op de jongeren die veel uitgaan. In 2013 is samen met Indigo-Context een herstart gemaakt met het HUO waarbij het Antenne onderzoek van het Bonger Instituut (UvA) als voorbeeld heeft gediend.⁶ Het Bonger Instituut heeft om die reden een adviserende rol gespeeld bij de opzet van het HUO. Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan van Haagse jongeren en jongvolwassenen en de risico's die daarbij optreden alsmede het signaleren van nieuwe trends en ontwikkelingen voor het onderbouwen van beleid, het geven van voorlichting en mogelijk ter ondersteuning van handhaving van wetgeving.

Methode

Het HUO kenmerkt zich door het hanteren van een mix van methoden, te weten een panel (kwalitatief onderzoek), mapping (direct en indirect inventariseren van de aanwezige uitgaansgelegenheden in Den Haag) en een survey (kwantitatief). Het onderzoek beperkt zich tot jongeren en jongvolwassenen van 12 tot 36 jaar. Het panel geeft zicht op uitgaansnetwerken in heel Den Haag en op twee stadsdelen in Den Haag. De survey beperkt zich tot vier uitgaanslocaties in Den Haag. Een uitgaanslocatie is het gebied rondom een plein of een aantal straten waar een ruime keuze is aan uitgaansgelegenheden. De vier locaties in dit onderzoek zijn Scheveningen boulevard en omgeving, Denneweg en omgeving, Plein en omgeving en de Grote Markt en omgeving.

Het panel

Het panelonderzoek streeft naar het verkrijgen van kennis over het uitgaan met als panelleden uitgaanders en professionals. De werving van panelleden is gedaan door Indigo-Context. Panelleden worden met behulp van een gestructureerde vragenlijst geïnterviewd. Onderwerpen die in interviews met panelleden aan de orde komen, zijn kenmerken van uitgaansnetwerken, patronen van uitgaan én van gebruik, dosering van middelengebruik, motieven om te gebruiken en het omgaan met risico's. De uitgaanders onder de panelleden worden geïnterviewd over hun uitgaansnetwerken en worden alleen gevraagd over het eigen gebruik wanneer dat illustratief is voor het gebruik in het netwerk waar zij deel van uitmaken. Professionals worden geïnterviewd over hun kennis en contacten met jongerengroepen, uitgaanders en horecalocaties. De representativiteit van panelgegevens is beperkt tot het geven



Het onderzoeksrapport is te downloaden op www.ggdhaaglanden.nl/publicaties

van een beeld van hoe trendsetters en trendvolgers uitgaan en wat ze gebruiken. Panelleden worden dus vooral gezocht onder netwerken die zicht hebben op nieuwe trends of groepen trendvolgers en in staat zijn daarover te reflecteren (helikopterview).

De mapping

Een aantal professionals uit het panel is ook gevraagd naar kenmerken van de horeca en het publiek op de vier locaties. Een beschrijving van de locaties wordt hier niet besproken (zie voor een beschrijving het rapport Het Haags Uitgaansonderzoek 2014⁹).

De survey

Om de kenmerken van de uitgaanspopulatie op de vier locaties vast te stellen is een korte survey afgenomen op deze locaties. Voorlichters van Indigo-Context zijn getraind om een voor een uitgaanslocatie representatieve groep uitgaanders te werven.⁹ Uitgaanders is vervolgens gevraagd een aantal vragen te beantwoorden over leeftijd, etnische herkomst en gebruik van cannabis, ecstasy (XTC), cocaïne en amfetamine (speed) (afgelopen maand, afgelopen jaar, ooit of nooit gebruik).



Tabel 1. Achtergrondkenmerken van de deelnemers aan de online vragenlijst en aan de vragenlijst op uitgaanslocaties. Den Haag, 2014.

	Online % (N)	Op locatie % (N)
Geslacht		
Vrouw	58,5 (138)	44,6 (584)
Man	41,5 (98)	55,4 (725)
Leeftijd (in jaren)		
12-17	5,1 (12)	5,6 (74)
18-24	46,2 (109)	53,2 (701)
25-30	33,1 (78)	29,8 (392)
>30	15,7 (37)	11,4 (150)
Woonplaats		
Den Haag	72,9 (172)	-
Buiten Den Haag	27,1 (64)	-
Etnische herkomst		
Nederlands	78,4 (185)	69,3 (913)
Niet-Nederlands	21,6 (51)	30,7 (404)
Student (scholier)		
Ja	50,0 (118)	-
Nee	50,0 (118)	-
Werkend		
Nee	16,1 (38)	-
< 20 uur	29,2 (69)	-
> 19 uur	54,7 (129)	-

Naar alcoholgebruik is niet gevraagd omdat bijna alle uitgaanders dit genotmiddel gebruiken.

Vervolgens is aan deze respondenten gevraagd om binnen enkele dagen een lange online vragenlijst in te vullen. Respondenten die deelname toezegden, kregen een persoonlijke code die een link heeft met de vragenlijst op locatie en tevens toegangscode is voor de online vragenlijst. Daardoor is koppeling van de vragenlijsten mogelijk en kan de representativiteit van de respons op de online vragenlijst worden geschat. De online vragenlijst bevat onder andere uitgebreide vragen over roken, alcohol, cannabis, xtc, cocaïne, amfetamine, GHB, ketamine en lachgas (afgelopen maand, afgelopen jaar, ooit, nooit gebruikt), muziekvoorkeur en gezondheid.

Hoe verhouden panel en survey zich tot elkaar?

De survey kwantificeert en is gebaseerd op de populatie uitgaanders. Daar zitten ook de jongeren bij die minder vaak uitgaan (één tot twee keer per maand). Het panel gaat over jongeren die veel uitgaan (ieder weekend, trendsetters) en daarbij regelmatig genotmiddelen gebruiken.

Resultaten

Respons panel

Het panel geeft informatie over zeventien netwerken (elf van uitgaanders en zes van professionals) en vier uitgaanslocaties. Uitgaanders in het panel geven informatie over de netwerken, die variëren qua leeftijd, etnische herkomst en opleidingsniveau. Twee uitgaanders in het panel hebben een niet-westerse etniciteit en hebben informatie over twee niet-westerse netwerken. Professionals geven zicht op twee stadsdelen in Den Haag waar jongeren buiten horecagelegenheden vertier zoeken en alcohol en andere middelen gebruiken. Tot slot geven twee professionals zicht op drie van de vier onderzochte uitgaanslocaties in Den Haag.

Respons Survey

In de periode augustus-september zijn op vier locaties in Den Haag 1317 vragenlijsten afgenomen. Van 898 respondenten was het e-mailadres geldig en leesbaar. Van deze 898 respondenten hebben 236 een volledige online vragenlijst ingevuld. Vrouwen responderen vaker op de online vragenlijst dan mannen (Tabel 1). Het aantal 18- tot 25-jarigen is bij de online vragenlijst ondervertegenwoordigd, het aantal 25-plussers is oververtegenwoordigd. Drie kwart van de uitgaanders komt uit Den Haag, een kwart is afkomstig uit Wassenaar, Rijswijk of Voorburg. Zeventig procent volgt een opleiding op HBO- of WO-niveau of heeft een diploma op dat niveau. Vijfenvijftig procent werkt minimaal twintig uur in de week, soms in combinatie met het volgen van een HBO-opleiding (niet gepresenteerd). Van de uitgaanders doet 72% aan sport, gemiddeld vijf uur per week. Fitness/krachtsport (39% van alle uitgaanders), hardlopen (28 % van alle uitgaanders) en steps/spinning en dergelijke (11 % van alle uitgaanders) zijn populair. Van de uitgaanders heeft 78% een Nederlandse etnische achtergrond. Aangezien bij de werving van respondenten gestreefd is naar een voor de vier uitgaanslocaties representatieve groep jongeren en jongvolwassenen, mag er vanuit gegaan worden dat het beeld van een hoog opgeleide populatie uitgaanders met een overwegend Nederlandse etnische achtergrond redelijk klopt (zie voor een uitgebreide beschrijving van de respons het rapport Het Haags Uitgaansonderzoek 2014⁹).

Uitgaan

Uitgaansfrequentie

Vijfentachtig procent van de deelnemers aan de online vragenlijst is in de maand voor het onderzoek minstens twee tot drie keer uitgegaan en 39% is in die periode minstens vier keer uitgegaan, 11% elf keer of vaker. Dé muziek voor uitgaanders is dance (68%), house (54%), techno ('computermuziek' met monotone ritmes, zonder vocalen⁵) (53%) of top 40-muziek (52%).

Sociale setting en gewoontes

Panelleden melden dat de meeste uitgaanders alleen in het weekend uitgaan naar clubs, cafés en feesten. Doordeweeks naar het café komt steeds minder voor. Niet zelden wordt er voor het stappen al thuis met vrienden alcohol gedronken. In de aanloop naar een avond uitgaan maken vrienden het meest gebruik van groepsapps, Twitter of besloten groepen op Facebook. Dit voorkomt dat iedereen meeleest. Vrienden kunnen direct reageren op nieuwe voorstellen en plannen voor die avond.

In sommige netwerken wordt een avond of nacht uitgaan afgesloten met ‘afters’, een feestje na het uitgaan of na sluitingstijd, meestal bij iemand thuis of op een illegale locatie zoals een kraakpand of een leegstaand pand. Jongeren onder de 18 jaar vinden elkaar soms in de eigen woonwijk, op straat of in een winkelcentrum en hebben daar contact met de wat oudere vrienden en bekenden die wel uitgaan.

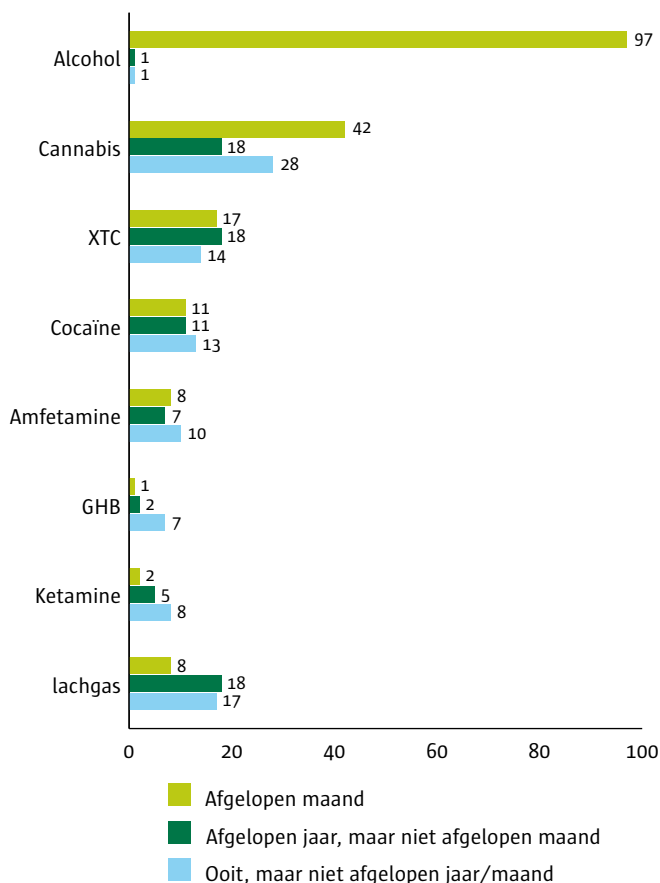
Motieven om uit te gaan

De uitgaanders in het panel gaan bijna ieder weekend uit. Een motief is het zoeken van gezelligheid met een ‘drankje en een pilletje’. Uitgaan begint voor een aantal panelleden met gezamenlijk thuis wat drinken, omkleden en je mooi maken. Voor anderen, zoals uitgaanders uit de Tekno* scene, een relatief kleine groep in Den Haag, is uitgaan zoeken naar alternatieve manieren om jezelf te bewijzen door het organiseren van underground party’s, liefst uit het zicht van politie of andere vormen van handhaving. In alle gevallen gaat het om ‘jezelf laten zien’ of ‘jezelf bewijzen’, en dat gaat makkelijker met alcohol of een ander middel. Uitgaan gaat bijna altijd met een groep. Voorbeelden zijn groepen ‘stelletjes’ die gezamenlijk uitgaan, groepen ‘stelletjes’ waarbij de mannen gescheiden uitgaan van de vrouwen, gay vrienden, collega’s uit de horeca die samen stappen, jongeren met dezelfde voorkeur voor live bandjes of jongeren met dezelfde maatschappelijke opvattingen, zoals de Tekno scene. Sommigen zien elkaar alleen tijdens het uitgaan, meestal wordt contact gehouden via de sociale media (Facebook, groepsapps).

Aard en omvang middelen gebruik

In de online vragenlijst is respondenten gevraagd naar het maandgebruik, jaargebruik en ooit gebruik van alcohol, cannabis (hasj/wiet), XTC (ecstasy), cocaïne, amfetamine (speed), GHB, ketamine en lachgas (Figuur 1). Er is gevraagd naar het gebruik van deze genotmiddelen in het algemeen en niet specifiek naar dit gebruik tijdens het uitgaan. Onder de panelleden zijn deze middelen besproken indien ze door leden

Figuur 1. Percentage middelengebruik voor maandgebruik, jaargebruik en ooit gebruik (N=236).



van hun uitgaansnetwerk worden gebruikt. In dit artikel wordt verslag gedaan van de vijf meest gebruikte middelen: alcohol, cannabis, ecstasy, cocaïne en amfetamine. Lachgas (legaal verkrijgbaar hoewel ‘oneigenlijk gebruik’ wel strafbaar is) wordt hier niet besproken. Hoewel niet geheel veilig, verloopt het gebruik van lachgas meestal zonder problemen en zijn de gezondheidsrisico’s minder groot dan de andere genotmiddelen (zie voor een beschrijving van GHB, ketamine en lachgas het rapport Het Haags Uitgaansonderzoek 2014⁹).

Alcohol

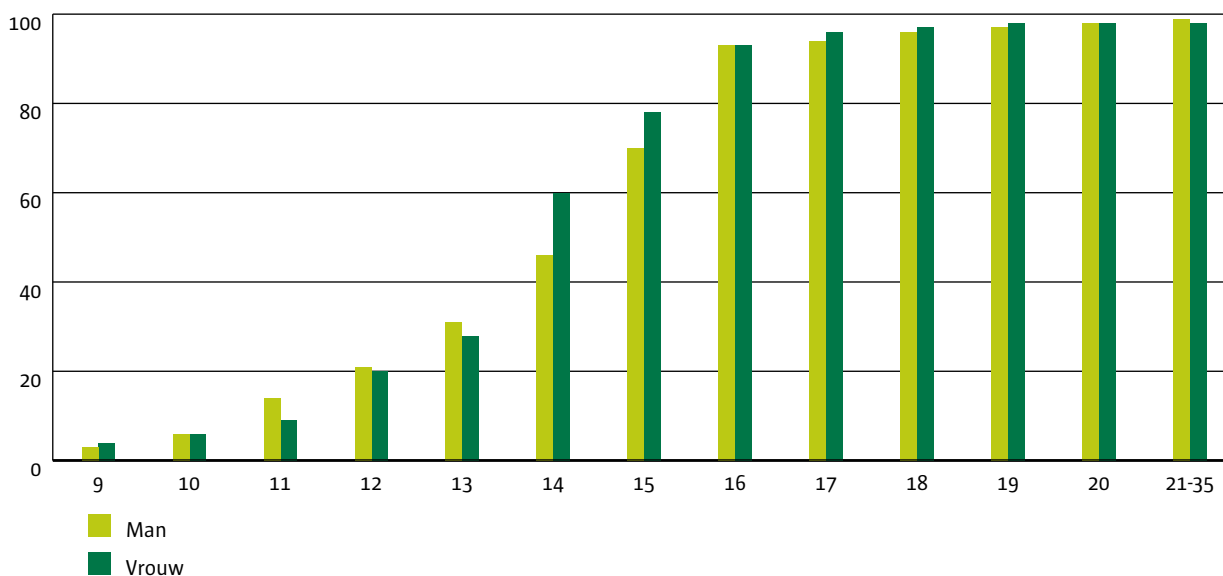
Survey

Onder de deelnemers aan de online vragenlijst heeft 97% in de laatste maand alcohol gedronken. Gemiddeld drinken mannen 6 glazen alcoholhoudende drank op een drinkdag, vrouwen gemiddeld 5 glazen. Vier op de tien (41%) drinkt minstens eens in de week 6 (mannen) of 4 (vrouwen) glazen en is volgens de

* Niet te verwarren met de Techno scene. De Tekno scene is klein vergeleken met andere scene’s. In de Tekno worden vaak illegale feesten georganiseerd en de scene heeft een enigszins ‘anarchistisch’ karakter. De Techno scene is legaal, netjes, in de ogen van Tekno jongeren voor rijke mensen met nette kleding.



Figuur 2. Cumulatief percentage voor leeftijd waarop voor het eerst alcohol is gebruikt naar geslacht (N=236).



gangbare definitie een zware drinker. Bijna negen op de tien (88%) geeft aan de afgelopen maand 5 of meer glazen te hebben gedronken bij één gelegenheid. Gemiddeld heeft men op 14-jarige leeftijd voor het eerst alcohol gedronken. Negen op de tien heeft op 16-jarige leeftijd al een keer alcohol gedronken (Figuur 2). Voor 82% is het drinken van alcohol iets wat wekelijks terugkomt, in ieder geval in het weekend. Zestien procent drinkt dagelijks of bijna dagelijks. Eén op de vijf uitgaanders (21%) geeft aan zich de afgelopen maand zorgen te hebben gemaakt over het eigen middelengebruik. Meestal gaat het daarbij om alcohol.

Panel

Professionals uit het panel die werkzaam zijn in de woonbuurten, zien soms fors alcoholgebruik bij groepen jongeren en jongvolwassenen (14 tot 20 jaar). Deze jongeren en jongvolwassenen drinken voornamelijk op hangplekken, pleintjes en dergelijke. Ze komen dagelijks in de supermarkt, waar soms vrienden achter de kassa zitten die niet moeilijk doen bij de verkoop van alcohol.

De jongeren boven de 18 jaar drinken vooral op uitgaanslocaties of op feesten en party's. Ook daar geldt dat alcohol erbij hoort. "Nuchter uitgaan is niet leuk. Je houdt het met drank op langer vol. Het is meer lachen met elkaar en je wordt wat losser. Het maakt alles net wat gezelliger. Nee, veel gezelliger!"

Maar sommige panelleden zien dat de kick van het gebruik van andere middelen zoals XTC ervoor zorgt dat er minder alcohol wordt gedronken op feesten.

De panelleden melden dat mannen meer drinken dan vrouwen. De hoeveelheid kan per groep enorm verschillen en binnen een groep ook tussen individuen. Per netwerk kan het aantal glazen variëren van 5 tot 7 mixdranken of 3 tot 4 shotjes op een doorsnee stapavond in het ene netwerk tot tussen de 8 tot 12

glazen of 4 halve liters bier in een ander. In één netwerk zitten een paar zware drinkers (mannen) die 40 glazen halen, terwijl anderen maar 4 glazen drinken. Ook bij de vrouwen is de range in dat netwerk van 6 tot 25 glazen aanzienlijk.

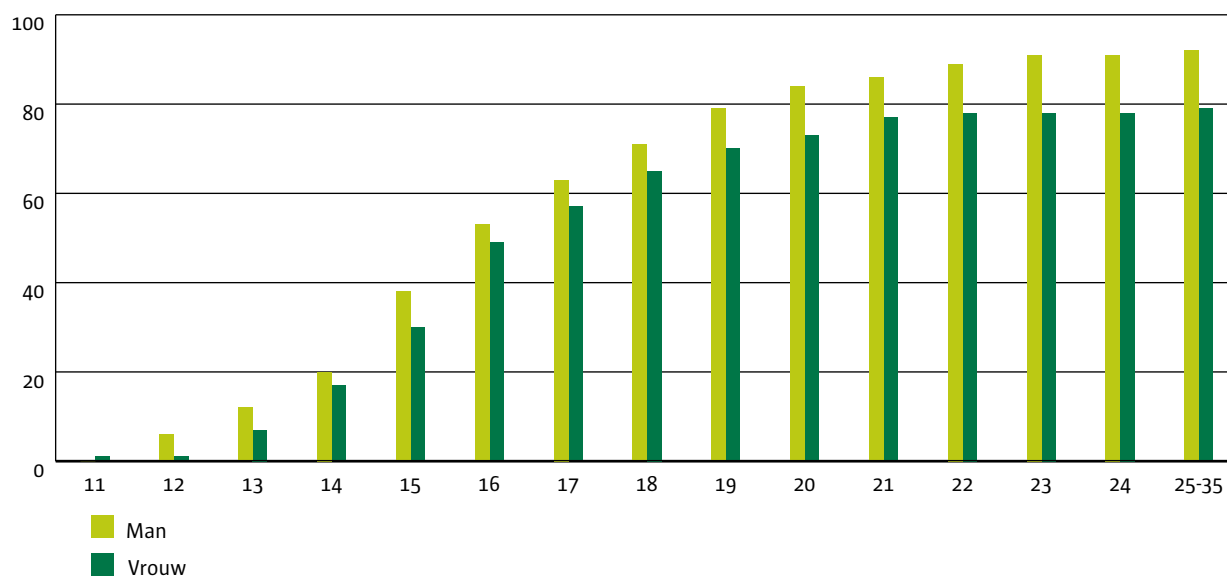
Alcohol wordt vaak in groepsverband gedronken ter ontspanning en voor de gezelligheid. Sommigen zeggen er meer zelfvertrouwen door te krijgen. De meesten vinden alcohol heel vanzelfsprekend omdat het er altijd is. Of je nou thuis, uit, of bij je vrienden bent. Vooral de jongeren tot 18 jaar zijn gevoeliger voor status en vinden het al snel stoer en interessant om te experimenteren met alcohol. Soms zetten ze foto's van flessen alcohol op Facebook. De minderjarigen in één van de woonwijken groeien op in een omgeving waar alcohol er gewoon bij hoort. De drempel om met alcohol te beginnen is laag en de groepsdruk hoog. Men is gevoelig voor de hiërarchie binnen de groep en het drinkgedrag van de ouderen wordt door de jongeren gekopieerd. Uit de gesprekken met panelleden blijkt dat de meeste drinkers vertrouwen op de groepscontrole. Als het uit de hand loopt dan hoopt men dat het vangnet van vrienden goed werkt. Bij de jonge drinkers in de woonbuurten is de groepscontrole veel zwakker.

Cannabis (hasj/wiet)

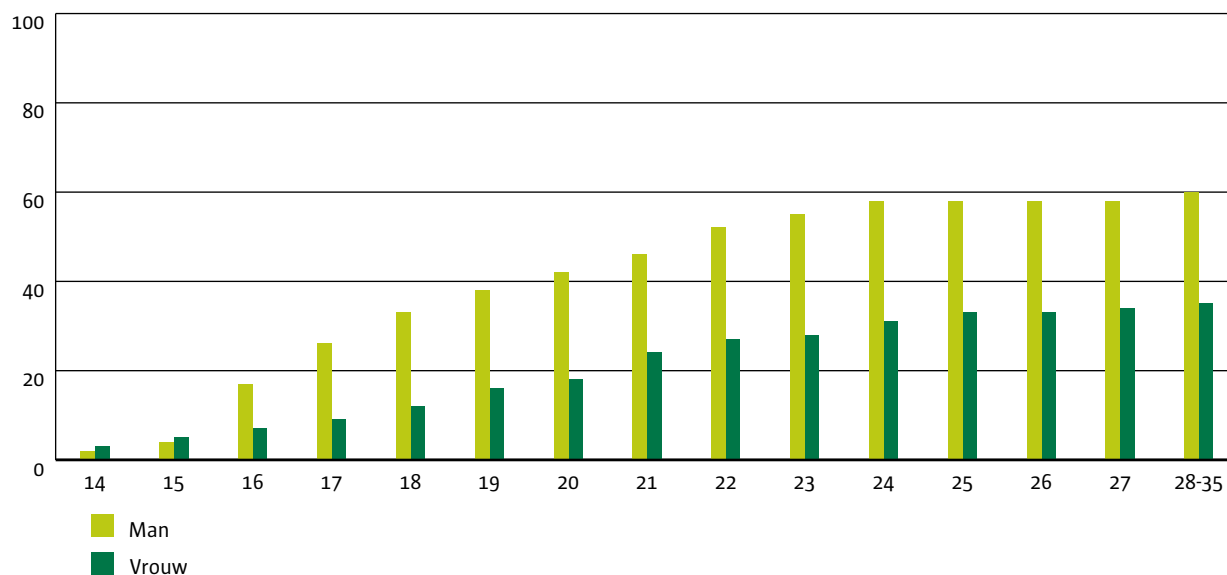
Survey

Bijna 42% van de deelnemers aan de online vragenlijst heeft in de afgelopen maand cannabis gerookt. Mannen geven vaker aan dan vrouwen in de afgelopen maand gebruikt te hebben (50% versus 30%). De gemiddelde leeftijd waarop jongeren voor het eerst hasj of wiet gebruiken is 17 jaar. Op 18-jarige leeftijd heeft 71% van de mannen en 65% van de vrouwen een keer cannabis gebruikt (Figuur 3 op pagina 12).

Figuur 3. Cumulatief percentage voor leeftijd waarop voor het eerst cannabis/wiet is gebruikt naar geslacht (N=236).



Figuur 4. Cumulatief percentage voor leeftijd waarop voor het eerst ecstasy (XTC) is gebruikt naar geslacht (N=236).



Panel

In veertien van de zeventien netwerken van de panelleden wordt cannabis gerookt. Cannabis hoort bij het uitgaan, maar in sommige professionele netwerken, bijvoorbeeld een netwerk van horeca collega's, is het niet gewoon om cannabis te roken. Het veel en zeer regelmatig gebruiken van cannabis beperkt zich volgens een aantal panelleden tot de kleine Tekno scene. Cannabis is makkelijk te kopen in de coffeeshop. Wiet, vaak van een thuiskweker, kan worden bezorgd door de bezorgdealer. Voor zes tot acht euro is er genoeg voor een dag of, voor de weekendroker, genoeg voor een weekend. Cannabis wordt ook wel gecombineerd met alcohol, XTC, cocaïne en natuurlijk tabak. Voor veel jongeren maakt cannabis ook deel uit van het dagelijks leven buiten het uitgaan. Er wordt op veel locaties gerookt, op underground feesten, op festivals, afters, clubs, (hoewel cannabis in vrijwel iedere club verboden is) op straat of thuis op je

slaapkamer voor het slapen gaan. De laatste jaren wordt cannabis ook met Shisha (waterpijp) en verdamers (elektronische sigaret, wordt ook wel e-sigaret of shisha-pen genoemd) gerookt. De panelleden verschillen sterk in het benoemen van motieven om cannabis te roken. Cannabis zorgt voor een gevoel van vrijheid, zorgt voor binding met vrienden en haalt de remmingen weg. Volgens andere panelleden gaat het ook om 'vluchten voor de werkelijkheid'. Voor de één is cannabis een middel om iets creatiefs te doen, voor de ander om niets te doen. Volgens professionals is voor jongeren uit de woonwijken de belangrijkste reden 'gewoon omdat je niets te doen hebt'. Daarnaast gaat het om status; je oogt onverschillig en stoer wanneer je blowt. Panelleden melden echter ook dat het gebruik tot slaapgebrek en stemmingswisselingen kan leiden.



Ecstasy (XTC)

Survey

Ruim 17% van de deelnemers aan de online vragenlijst heeft de laatste maand XTC gebruikt. Meer mannen dan vrouwen gebruiken XTC (mannen 20%, vrouwen 12%). Op 18-jarige leeftijd hebben 33% van de mannen en 12% van de vrouwen een keer XTC gebruikt (Figuur 4 op pagina 12). Uitgaanders is gevraagd of ze hun pillen laten testen. Eenendertig procent van de XTC-gebruikers laat de pillen niet testen. Zevenenvijftig procent zegt reeds geteste pillen te kopen of anderen voor hen te laten testen. Slechts één op de zeven (14%) test zelf via de testservice of zoekt een uitslag via pillreports.com. Het aandeel MDMA (de chemische naam voor ecstasy en werkzame stof in een ecstasy pil¹⁰) per pil is de laatste jaren sterk toegenomen. De pillen bevatten nu vaak 150 tot 200 mg MDMA. Een aantal jaren geleden was dat nog 80 mg. Aan deelnemers aan de online vragenlijst is gevraagd of ze 130 mg MDMA in één pil veel vinden. Zesentwintig procent heeft geen idee, nog eens 35% vindt die hoeveelheid goed. Vierentwintig procent vindt het te weinig en slechts 16% vindt 130 mg MDMA te veel.

Panel

Voor sommige uitgaanders in het panel is XTC onlosmakelijk verbonden met uitgaan. In vijftien van de zeventien netwerken wordt XTC gebruikt, in de helft van deze netwerken gebruikt meer dan 50% XTC. De pillen zijn makkelijk te verkrijgen, momenteel voor ongeveer drie tot zeven euro. Daarmee is XTC een relatief goedkope drug. Panelleden melden dat sommigen in hun netwerk standaard XTC bij zich hebben tijdens het uitgaan. Vrouwen gebruiken een kwart tot anderhalve pil op een uitgaansavond, mannen 1 tot soms 5 pillen. XTC wordt

gecombineerd met blowen (vergroot het effect), alcohol (omdat dat er altijd is), GHB (verhoogt het knuffelgevoel) maar soms ook met water. Sommige uitgaanders roken niet, drinken zeer matig alcohol, sporten veel en eten gezond, maar gaan eens in de maand naar een feest waar vervolgens drie zware pillen worden genomen, vergelijkbaar met 500 mg MDMA.

XTC is een 'sociale drug', een 'weggeefdrug'. Vaak wordt er voor de hele groep waarmee men uitgaat ingekocht. Er wordt niet gebruikt in cafés maar op feesten, voor het effect en om langer door te kunnen gaan. Daarnaast wordt het gebruikt door de jongeren op straat, in de woonwijken, maar dan vooral om te experimenteren.

XTC is vooral 'leuk', heeft bij uitgaanders geen negatief imago en wordt niet zozeer gekoppeld aan verslaving. Na afloop is er echter de kater, de misselijkheid, en bij teveel MDMA kan men behoorlijk trippen. Bij enkele netwerken is de groepscontrole groot en houdt men elkaar in de gaten. Toch is het volgens een panellid 'wachten op de eerste overdosis'.

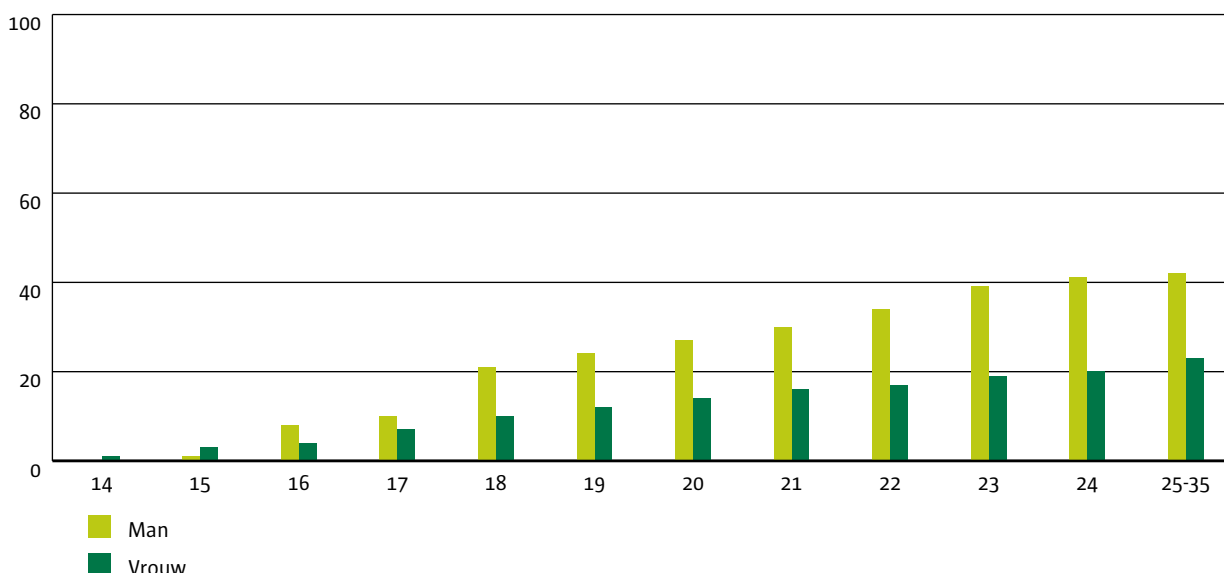
Men laat pillen niet vaak testen en gelooft dat de kwaliteit goed is. Reden: "te lui om te laten testen". Men vertrouwt de dealer als die zegt de pillen te hebben laten testen. Ook de informatie over de sterkte van de pillen komt vaak van de dealer.

Cocaïne

Survey

Van de uitgaanders heeft 35% van de online vragenlijst ooit cocaïne gebruikt, 11% heeft de afgelopen maand gebruikt. Meer mannen dan vrouwen hebben ooit cocaïne gebruikt: 42% versus 23%. Op 18-jarige leeftijd heeft 16% van de Haagse uitgaanders (21% mannen, 10% vrouwen) een keer cocaïne gebruikt (Figuur 5).

Figuur 5. Cumulatief percentage voor leeftijd waarop voor het eerst cocaïne is gebruikt naar geslacht (N=236).



Panel

Volgens panelleden verschilt het percentage gebruikers van cocaïne sterk per netwerk. In twaalf van de zeventien netwerken wordt gebruikt, variërend van 2% tot 75%. Dagelijks gebruik komt slechts zelden voor, de meesten gebruiken wekelijks tot maandelijks. Volgens panelleden wordt er voor een gram cocaïne veertig tot zestig euro betaald. De dosering is 0,5 tot 1 gram per persoon per avond.

Cocaïne wordt overal gebruikt, maar vooral in de thuissituatie en op festivals. Vaak zijn het dezelfde dealers die ook de XTC pillen verkopen. Dealers bezorgen aan huis. In veel groepen en netwerken zitten uitgaanders die dealen (social dealers) en die voor de groep inslaan.

Met cocaïne stijgt je zelfvertrouwen, je voelt je opgewekt, het geeft je energie. Het staat stoer. Een alternatief is XTC, dat is ook goedkoper. Het lijkt erop dat voor jongeren van 18 jaar of ouder cocaïne vooral een functioneel en effectief middel is om langer door te kunnen gaan zonder moe te worden.

Amfetamine (speed)

Survey

Zesentwintig procent heeft ooit amfetamine (speed) gebruikt. Het gebruik in het afgelopen jaar is 15%. Het gebruik in de afgelopen maand is 8,5%. Bij het gebruik in de afgelopen maand zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Mannen hebben vaker het afgelopen jaar of ooit gebruikt. De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst amfetamine is gebruikt is 19 jaar, op 21 jaar heeft één op de vijf uitgaanders een keer amfetamine gebruikt (Figuur 6).

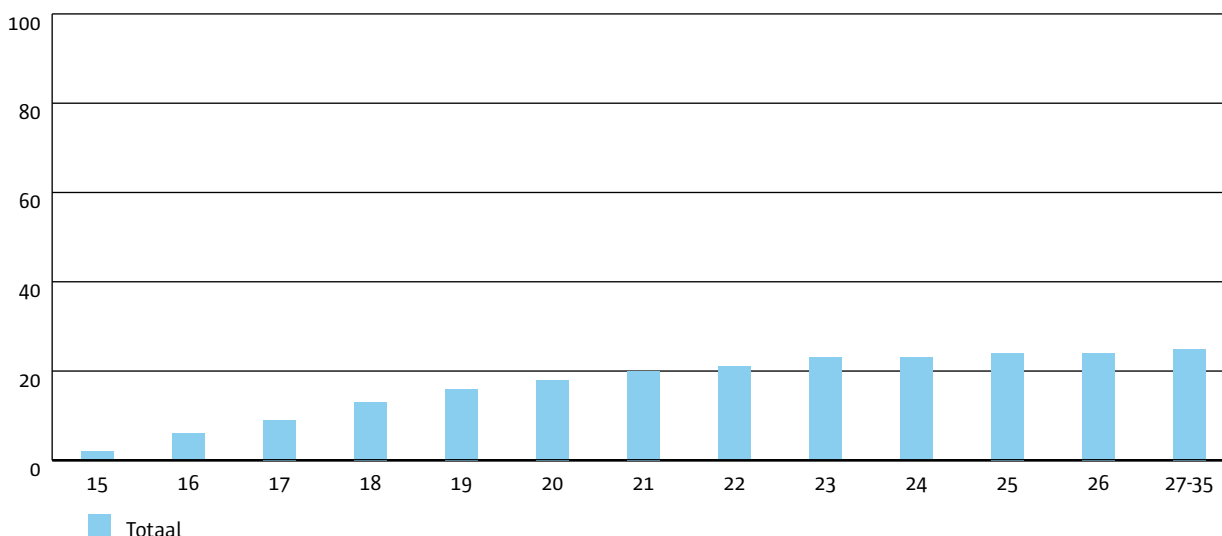
Panel

In 6 van de 17 netwerken wordt amfetamine gebruikt. De prijs varieert van tweeënhalf tot vijftien euro per gram. Het wordt geslikt, gedronken of gesnoven. Het snuiven gebeurt met behulp van neusspray flesjes, treinkaartjes of geld. De groep die amfetamine gebruikt is klein, maar in de (kleine) Tekno scene heeft men speed altijd 'op zak' en is het 'de koffie onder de drugs'. Het gebruik is daar fors, een kwart gebruikt dagelijks, 60% of meer gebruikt wekelijks. Is bij de Tekno scene het gebruik heel gewoon, bij andere groepen is het gebruik minder vanzelfsprekend. Binnen een van de netwerken is het dealen en gebruik van amfetamine strikt gescheiden en individueel, niet iets van de groep. In sommige netwerken wordt het gebruik van amfetamine 'nu eenmaal niet gewaardeerd'.

In enkele netwerken wordt speed gebruikt om langer door te kunnen gaan en omdat het 'makkelijker' gebruikt dan coke. De gebruiker vertoont bovendien minder 'dronken' gedrag met speed.

Panelleden noemen ook de negatieve gevolgen. Speedgebruikers zouden er vaak verwaarloosd uitzien en maatschappelijk slecht functioneren, slecht eten en er een slechte persoonlijke verzorging op na houden. Het is niet duidelijk of speed getest wordt. Bezoekers van alternatieve locaties doen dat wel en de echte 'speedfreaks' van Tekno laten het volgens een panellid wel testen. Volgens hem is de kwaliteit over het algemeen goed. Een ander panellid denkt daar anders over. Soms laten ze het testen, maar het credo van Tekno ('fuck the system') staat het regelmatig testen vaak in de weg.

Figuur 6. Cumulatief percentage voor leeftijd waarop voor het eerst amfetamine * is gebruikt (N=236).



* Vanwege de kleine aantallen is deze figuur niet opgesplitst naar geslacht.



Bespreking methode

Dit onderzoek maakt gebruik van een triade methode, namelijk mapping (observatie van locaties), panel (kwalitatief onderzoek naar uitgaansnetwerken) en survey (kwantificatie van het gebruik). Bij de survey is gebruik gemaakt van twee vragenlijsten, een getrapte wijze van dataverzameling, waarbij de eerste trap een representatieve groep uitgaanders voor de vier uitgaanslocaties benadert. Daardoor ontstaat een referentiepopulatie waarmee ook de representativiteit van de respons op de tweede vragenlijst kan worden bepaald.

Het resultaat is kwalitatief inzicht in zeventien netwerken met behulp van het panel en een kwantitatief beeld van het uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag met behulp van de survey. De mapping geeft een beeld van de uitgaanslocaties en hun omgeving (hier niet gepresenteerd, zie rapportage Het Haags Uitgaansonderzoek 2014⁹). De respons is hoog (vooral de vragenlijst op locatie) en representatief voor het publiek op de vier locaties. De combinatie van methoden kwantificeert én geeft inzicht in de uitgaanscultuur. Wat betreft de survey sluit de gebruikte methode aan bij de methode die in 2002 en 2003 is gehanteerd: de werving heeft op locatie plaatsgevonden. Dit in tegenstelling tot de editie van het HUO uit 2008 waarbij jongeren buiten de uitgaanssetting zijn geworven. Gevolg was dat ook minder fanatieke uitgaanders meededen aan het onderzoek en prevalenties van middelen-gebruik daardoor vermoedelijk lager waren.

Er zijn bij dit onderzoek enkele tekortkomingen aan te wijzen. Een praktisch punt betreft het noteren van emailadressen op een drukke uitgaanslocatie. Een aantal emailadressen was achteraf onleesbaar of niet juist. Vrouwen zijn bij de online survey oververtegenwoordigd. Aangezien het gebruik van middelen tussen mannen en vrouwen vaak verschilt (cannabis, XTC, cocaïne, de prevalentie bij mannen is hoger) zal in de toekomst bij de werving en de analyses hiermee rekening moeten worden gehouden. In onderhavig onderzoek is hiervoor gecorrigeerd door weging met de survey op locatie als referentiepopulatie. Daarnaast zijn allochtone jongeren op de locaties en dus bij de survey ondervertegenwoordigd. Ook voor deze groep zal in kaart moeten worden gebracht hoe en waar zij feesten en uitgaan. Onderzoek laat zien dat het alcoholgebruik onder allochtone jongeren weliswaar laag is, maar dat het middelengebruik weinig verschilt van dat van autochtone jongeren en jongvolwassenen.⁴

De netwerken en de locaties die door deze panelleden worden beschreven zijn (nog) niet representatief voor de Haagse uitgaanswereld. Met andere woorden, de opbouw van het panel is nog niet af. In dat opzicht gaat het hier om een onderzoek in opbouw, 'werk in uitvoering'. Slechts twee panelleden hebben een niet-westerse etnische herkomst. Daardoor is kennis over

bijvoorbeeld Turkse, Marokkaanse of Hindoestaanse uitgaansnetwerken gering. Een uitbreiding van het panel met uitgaanders met een niet-Nederlandse etnische achtergrond is noodzakelijk. Vertegenwoordigers van de horeca en beveiligingsmedewerkers kunnen een ander inzicht geven over uitgaan. Zij ontbreken en moeten in de toekomst opgenomen worden in het panel. Ook kunnen (andere) professionals inzicht geven in andere stadsdelen en wijken van Den Haag.

Bespreking resultaten

Het gebruik van alcohol en andere middelen lijkt onder Haagse uitgaanders geaccepteerd te zijn en wordt door hen niet altijd afgekeurd. Alcohol blijft uitgaansdrug nummer één. Er wordt veel gedronken, het percentage zware drinkers is hoog (41%) en binge drinken is 'normaal' (88%). Onder de algemene Haagse bevolking van 19 tot 36 jaar is het percentage zware drinkers 13%.¹¹ Het gebruik in de afgelopen maand is hoger dan in het HUO 2003: 98% nu vergeleken met 88% in 2003. Het gebruik in de afgelopen maand onder Haagse scholieren van 18 jaar of jonger was in 2011 38%.¹² De survey laat zien dat op 14-jarige leeftijd de helft van de uitgaande jongeren en jongvolwassenen al een keer alcohol heeft gedronken.

Het gebruik van cannabis (hasj/wiet) in de afgelopen maand is 42%. In 2003 was dat 37%. Het gebruik in het afgelopen jaar is vergeleken met het Grote Uitgaansonderzoek van het Trimbos instituut uit 2013 iets hoger (59% versus 52%). In de algemene Haagse bevolking met een leeftijd tot 36 jaar is het cannabisgebruik 13%.¹¹ Onder de Nederlandse algemene bevolking tot 36 jaar is het gebruik in het afgelopen jaar 14%. Tien procent van de Haagse scholieren onder de 18 jaar heeft in de afgelopen maand cannabis gebruikt.¹² Informatie van het panel geeft de indruk dat het zeer vaak gebruiken van cannabis zich beperkt tot bepaalde scènes (zoals Tekno). Ook buiten het uitgaan gebruiken jongeren en jongvolwassenen cannabis.

XTC is momenteel voor veel jongeren een vast onderdeel van een avond uitgaan. Het lijkt erop dat XTC geen negatief imago heeft onder uitgaande jongeren. Vergeleken met het HUO in 2003 is het percentage gebruik in de afgelopen maand gelijk gebleven (17%). Het gebruik in het afgelopen jaar is 35%. Dat is laag vergeleken met het landelijke onderzoek onder uitgaanders uit 2013 (61%).³ Tien procent van de Haagse scholieren gaf in 2011 aan in het afgelopen jaar XTC te hebben gebruikt.¹² Gebruikers van XTC weten vaak niet wat de kwaliteit is en dat controle door derden (dus naast henzelf en de leverancier) mogelijk is. Was vroeger het aandeel MDMA rond 80 milligram, nu is 130 milligram normaal. Dit brengt risico's met zich mee die de meeste gebruikers niet zien. Het (laten) testen van pillen blijft een belangrijk punt van aandacht.

Het cocaïnegebruik onder Haagse uitgaanders is vergeleken met landelijke cijfers laag. Het gebruik in het afgelopen jaar in Den Haag onder uitgaanders is 22%, landelijk is dat gebruik 27%.³ Het lijkt erop dat in veel gevallen het gebruik van cocaïne functioneel is, dat wil zeggen gebruikt wordt om zolang mogelijk door te gaan met feesten. Ook hiervoor geldt dat veel uitgaanders niet weten wat de kwaliteit is van de cocaïne.

Het gebruik van amfetamine onder Haagse uitgaanders is laag vergeleken met het landelijk onderzoek onder uitgaanders. Het gebruik in het afgelopen jaar onder uitgaanders is in Den Haag 15%, landelijk is dat 33%.³

Alcohol is voor jongeren tot 18 jaar in de woonwijken makkelijk verkrijgbaar bij supermarkten: personeel daar behoort vaak tot de vrienden- of kennissenkring. De groepsdruk speelt bij deze jongeren in woonwijken, buiten de horecalocaties, een rol bij het gebruik van alcohol en andere middelen. Jongere groepsleden kijken op naar de oudere leden van de groep en raken al vroeg vertrouwd met het gebruik van bijvoorbeeld alcohol of XTC. Professionals geven aan dat jongeren buiten de uitgaanslocaties, in woonwijken van Den Haag, minder (beschermende) groepscontrole uitoefenen.

Eenentwintig procent van de uitgaanders op locatie geeft aan zich de afgelopen maand minstens af en toe zorgen te hebben gemaakt over het gebruik. Het gaat daarbij meestal om het gebruik van alcohol. Dit is misschien een (te) laag percentage in

relatie tot hoeveel alcohol er wordt gedronken. Binge drinking en zwaar drinken komen onder uitgaanders veel voor (88% en 41%). Uitgaanders in het panel noemen ook risico's en uitwassen. Zij wijzen op de onderlinge controle en benadrukken enerzijds dat het nooit echt fout gaat, anderzijds dat het ooit eens fout zál gaan. Het excessief gebruik van cannabis door Tekno jongeren is voor deze groep zelf de norm geworden, maar wordt door andere uitgaanders niet als normaal gezien. (Het gaat hier om een kleine groep uitgaanders, niet vergelijkbaar met de uitgaanders in de meer commerciële circuits, de gangbare horeca locaties).

De laconieke en lakse manier waarover gesproken wordt over het laten testen van pillen is zorgelijk. Het gaat daarbij niet alleen om het achterhalen van de kwaliteit van de pillen. Ook informatie over hoe te gebruiken, de juiste voorbereiding voor het gebruik ontbreekt bij veel jongeren. Deze informatie is bij de testservice en projecten zoals Unity van Indigo-Context (een peer educatie project van Indigo-Context in samenwerking met vijf andere instellingen voor verslavingszorg) verkrijgbaar. Het uitgaanscircuit is gegroeid, het aantal feesten verspreid over Nederland is toegenomen. Hoewel dat in Den Haag niet het geval is, bezoeken Haagse jongeren wel deze feesten. Voorlichting over het gebruik en de juiste voorbereiding op het gebruik is ook voor deze uitgaanders noodzakelijk. Dat geldt ook voor het monitoren van het aan trends onderhevige uitgaan en middelengebruik om zicht te houden op het gebruik en de risico's als gevolg daarvan.

REFERENTIES

- 1 Gelder P van, Reinerie P, Burger I. **Uit (je dak) in Den Haag, 2002.** Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag, april 2003.
- 2 **Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011.** Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie. Trimbos-instituut. Utrecht, 2012.
- 3 Goosens F X, Frijns T, Hasselt N E, Laar M W van. **Het Grote Uitgaansonderzoek 2013.** Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen. Trimbos-instituut. Utrecht, 2013.
- 4 Poel A van der, Doekhie J, Verdurmen J, Wouters M, Korf D, Laar M van. Feestmeter 2008-2009. **Uitgaan en middelengebruik onder bezoekers van party's en clubs.** Bonger Instituut voor Criminologie, Universiteit van Amsterdam. Trimbos-instituut. Utrecht, 2013.
- 5 Nabben, T. High Amsterdam. **Ritme, roes en regels in het uitgaansleven.** Rozenberg Publishers, Amsterdam, 2010.
- 6 Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2011. **Trends in Alcohol, Tabak en Drugs bij jonge Amsterdammers.** Bonger Instituut. Rozenburg Publishers, 2012.
- 7 Gelder P van, Reinerie P, Smits M, Burger I, Hendriks VM. **Uit (je dak) in Den Haag, 2003.** Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag, oktober 2004.
- 8 **Het Haags Uitgaansonderzoek 2006-2009.** Het genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag. Commissie MORE, gemeente Den Haag. Den Haag 2011.
- 9 Dijk A van, Reinerie P. **HUO 2014. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken.** GGD Haaglanden en Indigo-Context, februari 2015.
- 10 Kerssemakers R, Meerten R van, Noorlander E, Vervaeke H. **Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving.** Bohn, Stafleu, van Loghum. Houten, 2008.
- 11 **De Gezondheidsmonitor Den Haag 2014.** GGD Den Haag/ GGD Haaglanden, dienst OCW. Gemeente Den Haag 2014.
- 12 Berns M, Dijk A van, Steenbergen-Terpstra N, Kallenbach-Heinen J. **Roken, alcohol- en drugsgebruik en gokken onder scholieren van tien tot en met achttien jaar; het Peilstationsonderzoek Scholieren Middelengebruik 2011.** Epidemiologisch bulletin 2013; 48 (3): 15-26.



Wat doen de Gemeente Den Haag en de GGD en haar partners?

Vanaf 2002 heeft de GGD vier uitgaansonderzoeken uitgevoerd. De gemeente Den Haag vindt het belangrijk dat dit type onderzoek regelmatig plaatsvindt om ontwikkelingen en trends van het gebruik van genotmiddelen en het veranderend uitgaansgedrag te kunnen volgen. Dankzij de onderzoeken wordt het preventiebeleid regelmatig tegen het licht gehouden. Ook vindt adequate voorlichting en informatieverstrekking plaats teneinde gezondheidsincidenten (zoals combigebruik en overdosering) te voorkomen.

Een voorbeeld hiervan is een kort lesprogramma voor de vierde klas HAVO/VWO. Naar aanleiding van NIX 18 heeft GGD Haaglanden aan Indigo Context en Centrum 16•22 opdracht gegeven om een lesprogramma van twee à drie lessen te maken. Doel van het lesprogramma is jongeren bewust te maken van wat roken, alcohol en weed/hasj met hun lijf en geest doet. Slaat dit aan, dan wordt ook gekeken naar de mogelijkheid om een aangepaste reeks te verzorgen voor 3-VMBO.

Daarnaast verzorgt Centrum 16•22 voor het Praktijk Onderwijs het project 'Hoe ver ga jij?!' over genotmiddelen, groepsdruk en opkomen voor jezelf. Indigo Context is de voorlichter in het verdere voortgezet en middelbaar onderwijs en in het welzijnswerk.

Sinds drie jaar organiseert GGD Haaglanden het Forum voor professionals in samenwerking met de gemeente Den Haag, Indigo Context, Politie Haaglanden en Brijder. Het Forum is een jaarlijkse bijeenkomst in december. In 2012 is begonnen met 'Jongeren, Uitgaan in Den Haag', in 2013 was het thema 'Partydrugs' en in 2014 'Alcohol, jongeren en hun ouders'. In december 2015 is het thema 'Hasj en Weed', met als werktitel 'Koffieshops, een grote vergissing?'.

Ook de organisaties die het Haagse Uitgaansonderzoek hebben verricht, spelen beide een belangrijke rol in de voorlichting. Zij kunnen de uitkomsten van dit uitgaansonderzoek ook gebruiken in de beoordeling van eventuele wenselijke of noodzakelijke aanpassingen in hun strategieën en interventies.

OVER DE AUTEURS

Drs. A. van Dijk is epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden; P. Reinerie is preventiedeskundige, Indigo-Context Den Haag.
E-mail: Ad.vandijk@ggdhaaglanden.nl

Dakloos in Haaglanden

Afgelopen winter is vanwege de weersomstandigheden drie keer de winterregeling ingesteld voor de opvang van mensen die feitelijk dakloos zijn. Tijdens een van die dagen is een Winterkoudeonderzoek afgenomen in de centrumgemeenten Den Haag en Delft. Aan de bezoekers van de opvang is gevraagd naar hun achtergrond en problematiek. Daaruit blijkt onder andere dat het gaat om 23 nationaliteiten, dat 85% van de bezoekers man is met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar en dat bijna een kwart van de mensen een schuld heeft van meer dan tienduizend euro. Naast huisuitzetting is een conflict met of verzoek van medebewoner(s) een belangrijke reden voor dakloosheid.

Renske Gilissen en Roelien Beuker

Definitie feitelijk daklozen, zoals gebruikt door G4-USER*

Feitelijk daklozen zijn mensen die in de voorgaande maand niet over eigen woonruimte beschikten en in die periode ten minste één nacht voor een slaapplek waren aangewezen op:

- Buiten slapen ofwel overnachten in de open lucht en in overdekte openbare ruimten zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto;
- Binnen slapen in nachtopvang of andere laagdrempelige opvang;
- Binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daaropvolgende nacht.¹

Bewoners van 24-uurs woonvoorzieningen van de Maatschappelijke Opvang zijn zogenoemd 'residentieel dakloos' en vallen niet onder deze definitie.

Inleiding

Mensen zijn feitelijk dakloos als ze niet beschikken over een eigen woonruimte en in de nachtopvang, op straat of tijdelijk en wisselend bij familie of kennissen slapen (zie kader).

Omdat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de opvang van deze kwetsbare populatie, is het voor hen van belang om inzicht te hebben in de kenmerken en problematiek van deze groep (zie kader op pagina 19).

Recent onderzoek van de academische werkplaats G4-USER schat het aantal feitelijk daklozen in Den Haag op 326.² Het geschatte aantal in Den Haag is hoger dan in Utrecht (270) en lager dan in Rotterdam (396) en Amsterdam (781). Het totaal aantal in de G4 wordt geschat op 2.100, een stuk lager dan door het Centraal bureau voor de Statistiek (CBS) geschatte aantal van 9.800 in 2013.³ Een verklaring voor het verschil in beide schattingen ligt vermoedelijk in het gebruik van een andere, ruimere definitie van dakloosheid door het CBS en in het gebruik van andere schattingsmethoden.

In januari 2015 is in de regio Haaglanden het Winterkoudeonderzoek uitgevoerd. Doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de kenmerken en problematiek van feitelijk daklozen. De gegevens worden verzameld tijdens de winterregeling (zie kader op pagina 19) door enquêtes af te nemen bij de bezoekers van de nacht- en winteropvangvoorzieningen.

De regio Haaglanden heeft nachtopvanglocaties in Den Haag en in Delft. Den Haag telt vier locaties met reguliere nachtopvang, Delft één (Tabel 1 op pagina 19). Gedurende de winterregeling wordt het aantal plekken in de nachtopvangvoorzieningen

* G4-USER: Urban Social Exclusion Research ofwel de Academische Werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. G4-USER is een samenwerkingsverband van de GGD'en van Amsterdam, Haaglanden, Rotterdam en Volksgezondheid Utrecht en de universiteiten VUMC/InGeest, LUMC, ErasmusMC en UMC St. Radboud. www.g4-user.nl.





uitgebreid en is in Den Haag een extra locatie op de Zilverstraat geopend. Dit jaar was de locatie aan de Zilverstraat gedurende de hele winter 2014/2015 geopend.

Voor Den Haag was het de derde keer dat het Winterkoude-onderzoek is gedaan. Samen met de andere drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Utrecht heeft Den Haag het Winterkoudeonderzoek ook uitgevoerd in de winters van 2010/2011 en 2011/2012. In Delft was het de eerste keer dat een Winterkoude-onderzoek werd uitgevoerd. Doordat in Den Haag voor de derde keer het onderzoek is gedaan, kunnen vergelijkingen worden getrokken met eerdere jaren. Nu dit jaar het Winterkoude-onderzoek ook in Delft is uitgevoerd, kan een beeld worden geschetst van de feitelijk daklozen in de regio Haaglanden.

Methode

De gegevensverzameling vond plaats tijdens de winterregeling, omdat de nachtopvangvoorzieningen in die periode een grotere toeloop kennen. Daardoor kan er met meer daklozen worden gesproken.

De enquêtes zijn afgenomen op 22 januari 2015. Dit was dag vier van de tweede winterregeling in de winter van 2014/2015.

De enquêtes zijn afgenomen door medewerkers van GGD Haaglanden, de gemeenten Den Haag en Delft en Poolssprekende vrijwilligers van Stichting IDHEM, een stichting in Den Haag voor EU-migranten. De mate van ervarenheid van de interviewers varieerde. Voorafgaand aan de afname heeft een instructiebijeenkomst plaatsgevonden voor de interviewers. Aan de bezoekers van de nacht- en winteropvang werd gevraagd

Maatschappelijke opvang en winterregeling

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatschappelijke opvang. De belangrijkste taak is het aanbieden van onderdak en begeleiding, informatie en advies aan mensen die zich in sociaal kwetsbare situaties bevinden. In de regio Haaglanden zijn hiervoor twee centrumgemeenten aangewezen: Den Haag (Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar, Zoetermeer) en Delft (Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Westland). De centrumgemeenten zijn financieel verantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang in hun regio.⁴

De winterregeling gaat van start bij langdurige kou of als men vanwege het weer ontoelaatbare gezondheidsrisico's voor buitenslapers verwacht. Tijdens de winterregeling worden de nachtopvangvoorzieningen gratis opengesteld voor alle daklozen. Iedereen, ook mensen die buiten de regio van de centrumgemeente afkomstig zijn, kan er overnachten. De toeloop is daardoor groter. Het Centraal Coördinatiepunt van de GGD Haaglanden beslist, in overleg met de G4, over het ingaan en beëindigen van de winterregeling.

Tabel 1. Capaciteit van de reguliere nachtopvang en de winteropvang in de regio Haaglanden.

	Den Haag	Delft
Reguliere capaciteit	• 100 bedden • 4 locaties	• 20 bedden • 1 locatie
Capaciteit winterregeling	• 235 bedden • 5 locaties	• 40 bedden • 1 locatie

of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Hierbij werd vermeld dat de deelname vrijwillig was. Als iemand wilde meewerken, maar één of enkele vragen niet wilde beantwoorden, zijn die vragen overgeslagen. De afname was mondeling, aan een tafel of aan de bar van de gemeenschapsruimte in de opvangvoorziening. Hierbij is geprobeerd zoveel mogelijk apart te zitten van de andere bezoekers.

De enquête bevatte vragen over aanleiding en duur van dakloosheid, herkomst, slaapplekken, inkomen en schulden, middelengebruik, gezondheid en zorggebruik.

De afname van een enquête duurde ongeveer 15 minuten. Bij mensen die geen Nederlands spraken, maar wel Engels, zijn de vragen in het Engels gesteld. Bij Poolssprekende mensen zijn de enquêtes afgenomen door de Poolse vrijwilligers. In een

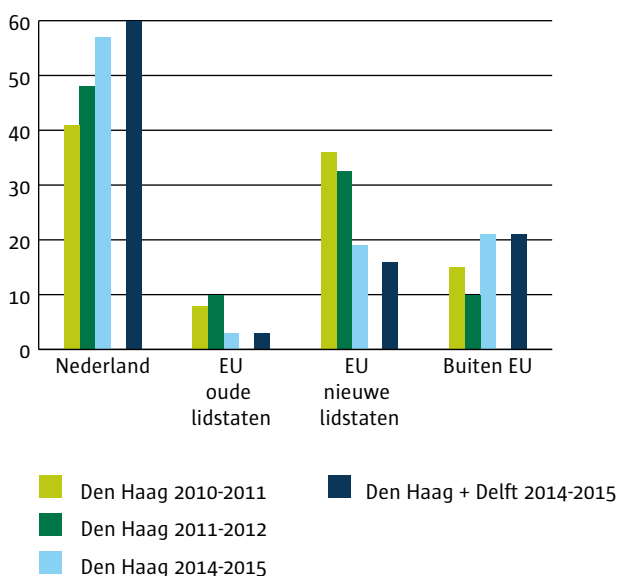
enkel geval is één van de andere bezoekers gevraagd of hij of zij wilde tolken. Als dank voor de medewerking kreeg elke deelnemer vijf euro.

De gegevens zijn geanonimiseerd verwerkt en worden alleen voor het Winterkoudeonderzoek gebruikt.

Resultaten

In de winter van 2014/2015 was er gedurende drie perioden een winterregeling van kracht, in totaal 22 dagen. In de (winter)opvangvoorzieningen in Haaglanden sliepen gemiddeld 186 personen per nacht: 159 in Den Haag en 27 in Delft. Kijkend naar de dagen met de grootste bezetting (184 in Den Haag en 37 in Delft) blijkt de capaciteit gedurende de winterregeling (respectievelijk 235 en 40 bedden) in Haaglanden voldoende. In de regio Haaglanden zijn dit jaar in totaal 114 enquêtes afgenomen (95 bij de voorzieningen in Den Haag en 19 bij de voorziening in Delft). De bezoekers van de (winter)opvangvoorzieningen in Haaglanden zijn vooral mannen (85%) met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar.

Figuur 1. Percentage bezoekers naar nationaliteit, voor Den Haag in eerder en huidig Winterkoudeonderzoek en voor Den Haag en Delft samen in 2014/2015.



In totaal zijn door de 114 deelnemers 23 verschillende nationaliteiten aangegeven. Vanwege de grote toestroom van arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europese landen (ook wel MOE-landen genoemd) in het afgelopen decennium, is ervoor gekozen om de nationaliteit van de deelnemers te verdelen in de volgende categorieën: Nederland, nieuwe EU-lidstaten (MOE-landen), oude EU-lidstaten en buiten de EU. Het merendeel van de respondenten was Nederlands (60%). Hiernaast was 21% afkomstig uit landen van buiten de EU en was 18% van de bezoekers afkomstig van één van de nieuwe EU-lidstaten. Daarvan waren de meesten afkomstig uit Polen: 13% van de totale groep was Pools.

Figuur 1 vergelijkt de nationaliteitsverdeling in de opvangvoorzieningen in Den Haag met de vorige keren dat het Winterkoudeonderzoek in Den Haag is gedaan. Het percentage bezoekers uit de nieuwe EU-lidstaten is afgenomen. Er zijn in 2014/2015 relatief meer deelnemers Nederlands of afkomstig van buiten de EU dan eerdere jaren. In Delft was 79% Nederlands en kwam geen van de deelnemers uit de nieuwe EU-lidstaten.

In totaal gaf 18% van de deelnemers aan dat zij in het afgelopen jaar naar de regio Den Haag of de regio Delft waren gekomen. Bijna twee derde van deze groep nieuwkomers verbleef voor de komst naar Den Haag of Delft in het buitenland (Tabel 2). Ruim een derde was afkomstig uit Nederland, buiten de regio Haaglanden. Er waren geen nieuwkomers in de regio Den Haag die uit de regio Delft kwamen of andersom.

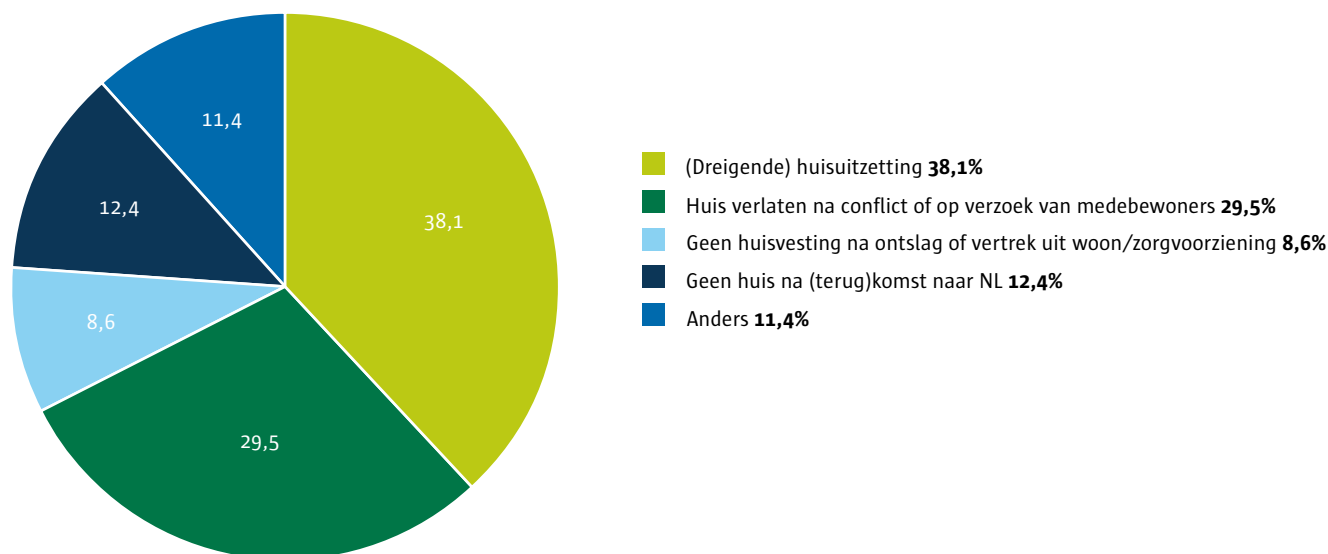
Feitelijk daklozen hebben in het algemeen een wisselende verblijfplaats. Een overnachting in de nachtopvang, overnachten bij kennissen of familie, verblijf op straat en andere vormen van huisvesting wisselen elkaar af. De deelnemers hebben in de 30 nachten voorafgaand aan de enquête gemiddeld 21 nachten in de nachtopvang geslapen, 5 nachten bij kennissen of familie, 2 nachten op straat, en 2 nachten op overige plekken (zoals detentie, buitenland). In totaal heeft 63% van de deelnemers aangegeven wel eens een nacht doorgebracht te hebben op straat (slapen of 's nachts rondlopen/verblijven in een portiek, onder een brug, of in een geïmproviseerde schuilplaats). Dit is minder dan voorgaande jaren, in 2010/2011 was dit in Den Haag nog 82%.

Tabel 2. Verblijfplaats voor de komst naar de regio Den Haag of Delft van mensen die in het afgelopen jaar naar de betreffende regio zijn gemigreerd ('nieuwkomers'), Winterkoudeonderzoek 2014/2015, Haaglanden.

	Regio Den Haag Aantal	Regio Delft Aantal	Haaglanden totaal Aantal(% van nieuwkomers)
Afkomstig uit Nederland, buiten de regio Haaglanden	6	2	8 (38%)
Afkomstig uit buitenland	12	1	13 (62%)
Totaal	18	3	21 (100%)



Figuur 2. Aanleiding dakloosheid in percentage. Winterkoudeonderzoek 2014/2015, Haaglanden.



De helft van de deelnemers heeft, zowel in Den Haag als in Delft, in de enquête aangegeven het afgelopen jaar voor het eerst dakloos te zijn geraakt. De verdeling 50% recent / 50% niet-recent daklozen is gelijk aan voorgaande jaren.

Er zijn vaak meerdere redenen waarom iemand dakloos raakt. Het Winterkoudeonderzoek laat de achterliggende problematiek (zoals geen werk, geen geld, verslaving, etc.) buiten beschouwing en vraagt de directe reden waarom het laatste woonverblijf is geëindigd. Er is een aantal hoofdcategorieën: huisuitzetting/zelf weggegaan omdat huisuitzetting dreigt, huis verlaten na een conflict met (of op verzoek van) partner/familie/vrienden/kennissen, ontslag of vertrek uit een woonvoorziening of instelling, of geen huisvesting na (terug)komst naar Nederland.

Evenals voorgaande jaren is, naast huisuitzetting, een conflict met of op verzoek van medebewoner(s) een belangrijke reden voor dakloosheid (Figuur 2).

Op de vraag 'Heeft u schulden?' heeft 66% aangegeven schulden te hebben. Dit percentage is een stuk hoger dan voorgaande jaren (Den Haag 2011/2012: 46%; Den Haag 2010/2011: 49%). Bijna een kwart van de deelnemers heeft

een schuld van meer dan 10.000 euro. Dit geldt zowel voor bezoekers van Delftse als van Haagse (winter)opvangvoorzieningen. Daklozen met de Nederlandse nationaliteit hebben vaker schulden en hogere schulden dan mensen met een nationaliteit van buiten Nederland.

57% gaf aan alcohol te hebben gebruikt in de maand voorafgaand aan de enquête. Het aangegeven alcoholgebruik lijkt laag. Het is minder dan het gebruik in de algemene bevolking in Haaglanden: 79% van 19- tot en met 64-jarigen in Haaglanden drinkt wel eens alcohol (Gezondheidsenquête, 2012). Het aangegeven lage alcoholgebruik van de daklozen in Haaglanden komt overeen met de resultaten uit de eerder uitgevoerde Winterkoudeonderzoeken in Den Haag en de andere drie grote steden.⁵

Het cannabis-, cocaïne- en opiaatgebruik van de daklozen ligt wel hoger dan dat van de algemene bevolking. Met name het cannabisgebruik is hoog. Zo heeft 35% van de daklozen in Haaglanden in de afgelopen maand cannabis gebruikt, tegenover 4% van de 19- tot en met 64-jarigen in de algemene bevolking in de regio Haaglanden (Gezondheidsenquête, 2012). Het cannabisgebruik is toegenomen vergeleken met eerdere jaren. Een grote groep gebruikt cannabis dagelijks (20%). Intraveneus druggebruik komt onder de deelnemers van het Winterkoudeonderzoek in Haaglanden niet voor.

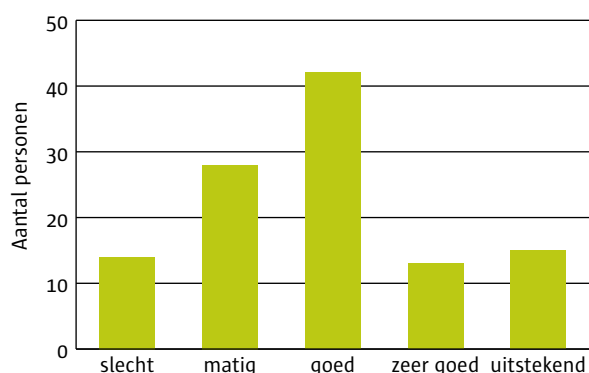
Een derde van de deelnemers gaf aan zich op het moment van de enquête ziek te voelen. In Den Haag was dit vergelijkbaar met het vorige onderzoek. Ruim de helft van de respondenten had op het moment van de enquête last van pijn. Pijn in de rug of benen/voeten werden het meest genoemd. Een kwart (26%) gaf aan medicijnen te krijgen die door een arts zijn voorgeschreven. De meest voorkomende klachten en/of ziektes waarvoor medicijnen zijn verstrekt, zijn psychische problemen en slaapproblemen. Tabel 3 toont het aangegeven zorggebruik van de deelnemers.

Tabel 3. Aangegeven zorggebruik van de deelnemers, Winterkoudeonderzoek 2014/2015, Haaglanden.

In de afgelopen 12 maanden zorg ontvangen van:	%
Huisarts	32
Spoedeisende hulp ziekenhuis	17
Tandarts	20
Arts in politiecel of detentie	21
Geestelijke gezondheidszorg	26
Verslavingszorg	16



Figuur 3. Ervaren gezondheid van de deelnemers.
Winterkoudeonderzoek 2014/2015, Haaglanden.



Op de vraag hoe de deelnemers over het algemeen hun gezondheid noemen, antwoordden de meesten 'goed' (Figuur 3). In totaal beoordeelde 62% hun gezondheid als 'goed' tot 'uitstekend'. 38% beoordeelde de eigen gezondheid als 'matig' of 'slecht'. Van deze laatste groep gaf twee derde aan zich op dit moment ziek te voelen.

Beschouwing

Dit artikel geeft inzicht in een groot aantal kenmerken en problematiek van feitelijk daklozen in de regio Haaglanden in de winter van 2014/2015. Een actueel beeld van deze groep, met inzicht in ontwikkelingen en verschuivingen in de kenmerken en problematiek in de jaren, is van belang ten behoeve van beleidsvorming.

In de (winter)opvangvoorzieningen in Haaglanden sliepen tijdens de winterregeling gemiddeld 187 personen per nacht. Dit zijn (door de kou en het wegvallen van restricties) meer mensen dan er in de reguliere opvang slapen, maar het is nadrukkelijk niet de totale omvang van feitelijk daklozen in Haaglanden. De verblijfplaats van feitelijk daklozen is erg dynamisch. Elke nacht is er ook een groep die op dat moment bij familie, kennissen of vrienden, op straat, in de auto, in detentie of op een andere tijdelijke slaapplek verblijft. Deze dynamiek betekent ook dat tijdens het Winterkoudeonderzoek niet met alle feitelijk daklozen is gesproken en dit artikel de bevindingen bespreekt van de 114 bezoekers die deel hebben genomen aan dit onderzoek.

De helft van de deelnemers is in het afgelopen jaar voor het eerst dakloos geraakt.

Door het relatief kleine aantal bezoekers in de nachtopvangvoorziening in Delft vergeleken met Den Haag is het moeilijk vergelijkingen te maken tussen de twee centrumgemeenten. Een opvallend verschil is de verdeling in nationaliteit van de bezoekers. In Delft waren 15 van de 19 geïnterviewde bezoekers van Nederlandse herkomst; in Den Haag komen veel meer mensen van de nieuwe EU lidstaten en van buiten de EU. In Den Haag zijn in totaal 21 verschillende nationaliteiten aangegeven, in Delft 5. Als grotere stad heeft Den Haag een veel grotere opvangcapaciteit en mogelijk ook een grotere aantrekkingskracht voor daklozen. In Den Haag kan een vergelijking worden gemaakt met eerdere jaren dat het Winterkoudeonderzoek is uitgevoerd. Dit biedt

Maatschappelijke opvang Delft

In het kader van de Wmo is de gemeente Delft als centrumgemeente verantwoordelijk voor het bieden van maatschappelijke opvang binnen de regio Delft Westland Oostland (DWO). Burgers die, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving, kunnen gebruikmaken van de maatschappelijke opvang. Het gaat om het tijdelijk bieden van onderdak. Daklozen krijgen in deze periode ondersteuning om te werken aan hun herstel en participatie. De begeleiding is bedoeld om weer regie op het eigen leven te krijgen en tegelijk de zelfredzaamheid te vergroten. Met de cliënt wordt de situatie in kaart gebracht die geleid heeft tot dak- of thuisloosheid. Op basis van de zelfredzaamheidsmatrix wordt een begeleidingsplan opgesteld.

Het aanbod waar dak-en thuislozen gebruik van kunnen maken omvat dagopvang, sociaal pension alleenstaanden, gezinsopvang en nachtopvang.

In de periode van 1 december tot 30 maart organiseert Delft de winterregeling voor dak-en thuislozen als de weersomstandigheden dit noodzakelijk maken. De afspraken hierover zijn vastgelegd in het protocol winterregeling. Door outreachend en preventief te werken zodra de winterregeling (bij 0°C) van start gaat, hebben de zorgpartners in de stad zicht op de groep daklozen die zich buiten ophouden. De zorgpartners monitoren of het nog verantwoord is om buiten te verblijven en zullen de buitenslapers proberen te verleiden gebruik te maken van de aanwezige voorzieningen.

(Astrid Lensink, Adviseur Samenleving, team Stad, Gemeente Delft)



inzicht in ontwikkelingen binnen de groep. Vergeleken met eerdere jaren zijn er in Den Haag nu:

- Meer deelnemers Nederlands en meer deelnemers afkomstig van buiten de EU;
- Minder deelnemers afkomstig uit de nieuwe EU-lidstaten (MOE-landen);
- Minder mensen die op straat slapen;
- Meer mensen met (hoge) schulden;
- Meer mensen die (dagelijks) cannabis gebruiken.

De helft van de deelnemers is recent (in het afgelopen jaar) voor het eerst dakloos geraakt. Dit is in Den Haag niet veranderd ten opzichte van eerdere onderzoeken. Dit gegeven toont aan

dat er doorstroming is in de groep feitelijk daklozen.

Huisuitzetting is een belangrijke aanleiding voor dakloosheid. Voor de gemeente is het voorkomen van huisuitzetting belangrijk. Het hebben van hoge schulden zal hier mede aan ten grondslag liggen. De grote schulden bemoeilijken ook de terugkeer naar huisvesting. Minder goed te voorkomen door beleid is de tweede grote aanleiding voor dakloosheid: een conflict met medebewoners (vaak partner of ouders).

De volledige rapportages van het Winterkoudeonderzoek in Den Haag en Delft, met aanvullende gegevens als inkomen, detentie verleden, et cetera, kunnen worden opgevraagd bij Renske Gilissen, e-mail: renske.gilissen@ggdhaaglanden.nl.

Maatschappelijk Opvang Den Haag

Gemeente Den Haag is centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en bestrijkt in de regio de gemeenten Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer.

De maatschappelijke opvang is bedoeld voor mensen die de thuissituatie noodgedwongen hebben verlaten en zich niet op eigen kracht kunnen handhaven in de samenleving. Het doel is opvang en zorg te verlenen ten behoeve van stabilisatie en bevordering van de zelfredzaamheid. De toegang tot de maatschappelijke opvang wordt uitgevoerd door het Centraal Coördinatie Punt (CCP) van de GGD. Het CCP beoordeelt op basis van een analyse of iemand feitelijk dakloos is en de mate van zelfredzaamheid en regiobinding. Valt men onder de verantwoordelijkheid van een andere centrumgemeente dan wordt de persoon 'warm' overgedragen.

Binnen de maatschappelijke opvang is een breed aanbod beschikbaar en behelst nachtopvang, dagopvang, doorstroomvoorzieningen met begeleiding en dagbesteding. Ook is het mogelijk om via de Housing First aanpak van straat direct in een woning met begeleiding geplaatst te worden.

Tijdens de winterperiode is, wanneer de weersomstandigheden dat noodzakelijk maken, de winteropvang beschikbaar. Deze is voor iedereen toegankelijk die hiervan gebruik wenst te maken. De winteropvang voorziet in een slaapplek, een warme maaltijd en ontbijt, de mogelijkheid tot douchen en het wassen van kleding. Ook is medische basiszorg beschikbaar. Mensen die op straat verblijven tijdens de periode dat de winterregeling van kracht is, worden actief naar de winteropvang toegeleid. (Gardien de Jongh, Senior beleidsmedewerker Volksgezondheid en Zorg, dienst OCW/PZJ, Gemeente Den Haag)

OVER DE AUTEURS

Mw dr. R. Gilissen en Mw. Drs. R.J. Beuker zijn als epidemiologisch onderzoeker werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden.
E-mail: renske.gilissen@ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIES

- 1 Wolf J, Zwicker M, Nicholas S, van Bakel H, Reinking D. **Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag**. Utrecht: Trimbos-Instituut. 2002.
- 2 Bergen van A, Buster M, Wolf J, Heijden van der PGM. 2015. **Het schatten van feitelijk daklozen in de G4 met registratiegegevens van de winterkoudeopvang**. Utrecht: G4-USER.
- 3 CBS / Statline. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80799ned&D1=a&D2=a&D3=a&HD=150303-1405&HDR=T,G2&STB=G1> (geraadpleegd 5 maart 2015).
- 4 **Nationale Atlas Volksgezondheid**. <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/gebiedsindelingen/centrumgemeenten-maatschappelijke-opvang-en-verslavingsbeleid/> (geraadpleegd 3 maart 2015)
- 5 Buster M, Hensen M, de Wit M, Runtuwene N, Mandos E, Zeele van S, et al 2013. **Feitelijk dakloos in de G4**. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht: G4-USER.

Hoe (be)valt de huisartsenzorg in de nieuwe basis GGZ?

Sinds januari 2014 kent Nederland een nieuwe GGZ met daarin een belangrijke plaats voor de huisartsenzorg. Mensen kunnen voortaan voor behandeling van psychische klachten bij de huisarts terecht. De huisarts of een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) doet zelf de behandeling of verwijst mensen door naar de generalistische Basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ.

Stellingen over praktijkondersteuning GGZ in de huisartsenpraktijk

In september 2014 publiceerde het Epidemiologisch Bulletin van GGD Haaglanden het artikel 'De nieuwe GGZ in Haaglanden', geschreven door Maarten Cox en toegespitst op het huisartsenperspectief.¹ Gezien de reacties op het artikel heeft de redactie van het Epidemiologisch Bulletin een aantal organisaties gevraagd om te reageren op het artikel en/of onderstaande stellingen.

- 1 De GGZ-instellingen zouden geen POH-GGZ-diensten meer moeten aanbieden (het is een zaak van huisartsenorganisaties).
- 2 De huisartsenverenigingen moeten zich duidelijker uitspreken over de taak van de huisartspraktijk in de GGZ.
- 3 Zonder investering in de kwaliteit van de POH-GGZ is deze functie gedoemd te mislukken.
- 4 De huisartsen ontbreekt het momenteel aan voldoende GGZ-vaardigheden om hun rol in de Basis GGZ waar te maken.
- 5 GGZ-problemen worden te veel gemedicaliseerd.
- 6 De GGZ-instellingen onderschrijven de uitgangspunten van de nieuwe GGZ onvoldoende.

In het Epidemiologisch Bulletin van september 2014 gaat Maarten Cox, huisarts en kwaliteitsmedewerker GGZ bij de Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijkorganisatie (SHOP), nader in op deze ontwikkelingen.¹ Het is volgens hem nodig dat huisartsen sterk investeren in de GGZ-competenties, in regievaardigheden over de POH-GGZ en in samenwerkingsvaardigheden met de andere GGZ-partijen. Hij concludeert dat de nieuwe GGZ uitzicht biedt op een voor de toekomst houdbare GGZ, maar de transitie heeft de verhoudingen tussen partijen volledig ontregeld. De nieuwe ordening kan niet anders dan grote gevolgen hebben voor de omvang en werkwijze van de voormalige tweedelijns GGZ-instellingen.

Zijn artikel riep uiteenlopende reacties op en er verscheen een verkorte versie in Medisch Contact.² De redactie besloot daarop, samen met Maarten Cox, diverse partijen te vragen om te reageren op enkele prikkelende stellingen (zie kader) en/of op het artikel. Het resultaat is een aantal boeiende commentaren van nauw bij de nieuwe GGZ betrokken organisaties. U leest achtereenvolgens de reactie van een kaderhuisarts GGZ, GGZ Delfland, Parnassia Groep, Zebra Welzijn en Psy zorg Hoflanden. De redactie is hen zeer dankbaar voor hun bijdrage.

Onder eindredactie van Liesbeth van Dalen.





Succesvol GGZ-symposium: De huisarts en de POH-GGZ: Samen sterker!

Eind januari vond voor de eerste maal een symposium plaats waarin de GGZ in de huisartsenpraktijk centraal stond. Zo'n honderdvijftig koppels van huisartsen en POH-GGZ-ers verzamelden zich in Nieuwegein om samen te oefenen, elkaars expertise te ontdekken en van elkaar te leren. Gezien de positieve reacties werkt de organisatie aan plannen voor een volgend symposium in 2016. Voor meer informatie: poh-ggz.nl/nieuws. Op de foto Richard Starmans als voorzitter van het symposium.

“Het is belangrijk om bij de psychische klachten in de huisartspraktijk oog te hebben voor de context van de patiënt.”

dr. Richard Starmans

Kaderhuisarts GGZ en voorzitter van het symposium ‘De huisarts en de POH-GGZ: Samen sterker!’

De eerstelijns GGZ in de huisartspraktijk maakt grote ontwikkelingen door. Starmans wijst erop dat het eerder gebeurde met de zorg bij diabetes, astma en copd door de komst van de praktijk-ondersteuner-somatiek (POH-S). Hierbij speelden en spelen kaderhuisartsen volgens hem een cruciale rol. “Ondenkbaar was de huidige stand bereikt als medisch specialisten en ziekenhuizen de POH-S waren gaan ontwikkelen en exploiteren. Dat geldt ook voor de eerstelijns GGZ. De praktijkondersteuner-GGZ (POH-GGZ) dient daarbij evenzeer als de POH-S onderdeel van het team te zijn.

Net zoals de POH-S is de POH-GGZ in dienst van de huisartspraktijk. Als start kan een zorggroep of organisatie zoals SHOP faciliterend werken. Het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) werkt nu aan een update van zijn GGZ-standpunt voor de verdere richting van de eerstelijns GGZ-zorg. Daarnaast wordt een zorgmodule diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartspraktijk ontwikkeld. Deze zal inhoudelijk normstellend aangeven waar elke patiënt met psychische klachten in de huisartspraktijk recht op heeft qua zorg. Daarbij gaat het om veelvoorkomende klachten en met name meer generieke behandeling daarvan of behandeling volgens de NHG-standaarden. Uiteraard omvat het ook het selecteren van ernstige aandoeningen die verwezen moeten worden.” Voor kwaliteitsbevordering heeft de POH-GGZ intervisie- en consultatiemogelijkheden. Dat is volgens Starmans uniek. “In het Haagse zijn er in sommige praktijken consultatiebijeenkomsten met

huisarts, POH-GGZ en verpleegkundig specialisten. Landelijk vond in januari 2015 het eerste symposium van de kaderhuisartsen GGZ met de POH-GGZ plaats. Daaraan namen ruim 300 huisartsen en POH-GGZ-ers in de meeste gevallen als koppel deel. De workshops werden vrijwel uitsluitend gegeven door ervaren kaderhuisartsen GGZ.” Starmans vindt het belangrijk om bij psychische klachten in de huisartspraktijk oog te hebben voor de context van de patiënt. “Vaak zijn daar grote problemen die een dusdanige belasting vormen dat het de draagkracht te boven gaan. Dan is inschakeling van maatschappelijk werk en welzijnsactiviteiten meer opportuun dan hulp binnen de gezondheidszorg. In Den Haag is het veelbelovende project ‘welzijn-op-recept’ gestart om juist die toeleiding te faciliteren. Dat kan bijdragen aan vermindering van medicalisering van psychische problemen. Cruciaal is wel dat er binnen welzijn adequate voorzieningen zijn en blijven.”

“Het is van groot belang dat er meer samenwerking en uitwisseling gaat ontstaan tussen huisartsen en GGZ.”

Iris Bandhoe

Lid Raad van Bestuur GGZ Delfland

Op de stelling ‘De GGZ-instellingen zouden geen POH-GGZ diensten meer moeten aanbieden (het is een zaak van huisartsenorganisaties)’ antwoordt Bandhoe: “Het is belangrijk voor de kwalitatieve ontwikkeling van de POH-GGZ-functie dat er regie wordt gevoerd en voorkomen wordt dat de POH-GGZ volledig geïsoleerd binnen een huisartsenpraktijk werkzaam is. Een GGZ-instelling kan prima de regie voeren gericht op de ontwikkeling van de functie vanwege de GGZ-expertise. Voorwaarde is wel dat de functionaris onafhankelijk gepositioneerd wordt door bijvoorbeeld detachering. Betrokkenheid van de huisarts(envereniging/vertegenwoordiging) bij de professionalisering van de functie is onontbeerlijk, maar ook dit is op verschillende manieren te organiseren. GGZ Delfland heeft ervoor gekozen om vooral de samenwerking hiervoor te zoeken met de ZEL (Zorggroep Eerste Lijn), de GGZ-kaderartsen en stimuleert en faciliteert haar POH-GGZ-medewerkers om vooral in de samenwerking met de huisarts kritisch naar de inzet van de functie te blijven kijken.”

GGZ Delfland acht een duidelijke uitspraak van huisartsenverenigingen over de taak van de huisartsenpraktijk van belang. Bandhoe: “Om dit goed te kunnen doen is het van groot belang dat er meer samenwerking en uitwisseling gaat ontstaan tussen huisartsen en GGZ. Het kennis- en ervaringsniveau ten aanzien van GGZ-problematiek verschilt per huisarts, de achtergrond en ervaring van een POH-GGZ is heel verschillend en uiteraard is de populatie rond een

huisartsartsenpraktijk ook per praktijk verschillend.”

Op de stelling dat zonder investering in de kwaliteit van de POH-GGZ de functie gedoemd is te mislukken, zegt Bandhoe: “Er is een grote diversiteit aan kennis en ervaring binnen de POH-GGZ. Die loopt uiteen van een kunsthistorica met een POH-GGZ-opleiding op zak tot een sociaal psychiatisch verpleegkundige met 30 jaar GGZ ervaring en een POH-GGZ-opleiding. Beiden zijn gekwalificeerd om de werkzaamheden te mogen uitvoeren. GGZ Delfland detacheert POH-GGZ en zet voor deze functie uitsluitend sociaal psychiatisch verpleegkundigen in. Dat is een hoog en vooral breed opgeleide discipline binnen de GGZ, die bij uitstek geschikt is om als generalist en GGZ-expert een huisartsenpraktijk te ondersteunen. Deze POH-GGZ volgt maandelijks intervisie-bijeenkomsten onder leiding van een huisarts. Vier keer per jaar is er een bij-/nascholing en GGZ Delfland stimuleert en faciliteert de POH-GGZ om samen met de huisarts kritisch naar de inzet van de functie te kijken zoals bedoeld in het landelijke functieprofiel van LHV (oorspronkelijk NZa profiel). Deze initiatieven zijn van groot belang om de functie POH-GGZ verder te professionaliseren en te verstevigen binnen de huisartsenpraktijk. Investering in de kwaliteit is van groot belang om de functie maximaal tot zijn recht te laten komen!”

Zoals eerder genoemd verschilt volgens GGZ Delfland de kennis en het ervaringsniveau ten aanzien van GGZ-problematiek onder huisartsen. Daardoor verschilt het waarmaken van de rol in de basis GGZ.

Bandhoe: “Enerzijds is zichtbaar dat huisartsen meewerken aan de eisen die gesteld worden door de NZa, zorgverzekeraars en de overheid, anderzijds is merkbaar dat de veranderende regels leiden tot weerstand en ergernis die opgevangen wordt door behandelaren en secretaresses binnen de basis GGZ. Meer samenwerking en denken in

mogelijkheden vanuit alle partijen zou helpend kunnen zijn om een vloeiend werkproces te generen. Uitgaan van elkaars expertise en hulp vragen waar nodig lijkt tevens een essentieel onderdeel binnen dit dynamische proces.”

Over teveel medicalisering van GGZ-problemen zegt GGZ Delfland: “Medicatie is soms de weg van behandeling en soms een essentieel onderdeel van een behandeling, maar zeker niet altijd nodig. Inzetten op gesprekstherapie als eerste inzet om problematiek te behandelen is passend binnen de basis GGZ.”

De reactie van GGZ Delfland op de stelling dat de GGZ-instellingen de uitgangspunten van de nieuwe GGZ onvoldoende onderschrijven luidt: “De mindshift die nodig is om gefocust en gericht te werken en te behandelen binnen de basis GGZ vraagt het nodige van behandelaren, managers en directies van GGZ instellingen. Bij GGZ Delfland is deze mindshift in volle gang en reeds eerder ingezet dan dat de nieuwe GGZ een feit was. Hiermee is hard gewerkt aan de uitgangspunten en is de ZEL maximaal meegenomen in bijvoorbeeld het ontwikkelen van het verwijsmodel. Op deze manier is de mindshift twee kanten op gegaan, richting de GGZ-instelling en richting de huisarts. Beide partijen zijn tevreden over deze vorm van in gang zetten van veranderingen”, aldus Bandhoe.



“Als GGZ-instellingen geen POH-GGZ-diensten meer aanbieden, is het risico groot dat het kind met het badwater wordt weggegooid.”

Pieter van Yperen

Woordvoerder en adviseur Raad van Bestuur Parnassia Groep

“De Parnassia Groep onderschrijft de visie van de invoering van de Basis GGZ, de ‘nieuwe GGZ’ volledig. Zorg bieden direct en dichtbij. Zo veel mogelijk zorg, zo vroeg mogelijk in de keten aanbieden in nauwe samenwerking met alle partijen in de keten. Daar staat Parnassia voor”, aldus Van Yperen.

De Parnassia Groep is het niet eens met de stelling dat de GGZ-instellingen geen POH-GGZ-diensten meer zouden moeten aanbieden, nu het een zaak is van huisartsenorganisaties. “Parnassia stond aan de wieg van de POH-GGZ in Haaglanden. Sinds eind 1999 is in Den Haag in verschillende projecten vormgegeven aan het toegankelijk maken van GGZ-zorg in de huisartsenpraktijk en de eerste lijn, door effectieve en succesvolle samenwerking tussen huisartsen en de Parnassia Groep. De huisarts is poortwachter en regiehouder en maakt daarbij gebruik van de jarenlange ervaring, expertise en kunde van de POH-GGZ medewerker van Indigo; met korte lijnen naar acute zorg en de specialistische GGZ, mocht dit nodig zijn. Als GGZ-instellingen geen POH-GGZ-diensten meer aanbieden, is het risico groot dat het kind met het badwater wordt weggegooid.”

De Parnassia Groep vindt het een goede ontwikkeling dat de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) zich een visie heeft gevormd op de functie van POH-GGZ. “Sinds begin 2015 ligt er een actueel, eenduidig functie- en competentieprofiel, dat aansluit op de huisartsenzorg voor deze

patiënten. Daarbij vinden wij het met het oog op kwalitatief goede patiëntenzorg van belang dat de POH-GGZ functie uitgevoerd wordt zoals deze bedoeld is. Een POH-GGZ medewerker begeleidt mensen met psychische klachten en/of een vermoeden van een stoornis. De functie is gericht op de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek. De gunstige setting van de huisartsenpraktijk moet echter geen drempel zijn om patiënten door te verwijzen naar de generalistische Basis GGZ of Specialistische GGZ. Direct de juiste behandeling voor patiënten op de juiste plek, bijvoorbeeld met behulp van een triage instrument, vinden wij belangrijk. Wij zijn voorstander van een landelijke kwaliteitskader dat zowel door de huisartsenzorg als de GGZ wordt opgesteld, om ook hier de samenwerking te vinden.”

Op de stelling dat zonder investering in de kwaliteit de POH-GGZ-functie gedoemd is te mislukken, antwoordt Van Yperen: “De Parnassia Groep beschikt, door onze jarenlange kennis en ervaring met GGZ-problematiek in de eerste lijn, over kwalitatief hoogwaardige POH-GGZ medewerkers. Wij vinden het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, goed ondersteund door de huisartsen en GGZ om deze kwaliteit vorm te geven en leveren daar onze bijdrage aan door te investeren in aanvullende scholing.”

Of het de huisartsen momenteel ontbreekt aan voldoende GGZ-vaardigheden om hun rol in de Basis GGZ waar te maken, dat verschilt sterk per huisarts, stelt Van Yperen. “Er is niet één soort huisarts en daarnaast hangt het af van verschillende factoren, zoals de behoefte van de praktijk, de patiëntenpopulatie in de wijk en de affiniteit met GGZ-problematiek. Het is maatwerk met wat wij noemen ‘de kleur van de praktijk.’”

Wat betreft de stelling dat GGZ-problemen te veel worden gemedicaliseerd, moet er volgens de Parnassia Groep voldoende kennis zijn om de indicatie scherp te stellen, voordat er gestart wordt met medicatie. “Zodat duidelijk wordt wanneer medicatie wel of niet toepasbaar is. Door het versterken van de eerste lijn, met een kundige POH-GGZ en met behulp van consultatie van een psychiater, wordt medicalisering voorkomen.”

De Parnassia Groep deelt de stelling niet dat de GGZ-instellingen de uitgangspunten van de nieuwe GGZ onvoldoende onderschrijven. “Wij onderschrijven de visie van de invoering van de Basis GGZ, de ‘nieuwe GGZ’ volledig. Wij vinden het belangrijk dat het hele palet, van preventie en vroegsignalering, POH-GGZ, generalistische Basis GGZ tot en met Specialistische GGZ naadloos op elkaar aansluit en toegankelijk is voor mensen met psychische- en verslavingsproblematiek. De invoering van de Basis GGZ zorgt voor een verschuiving naar voren in de keten. Het is daarbij belangrijk dat de POH-GGZ medewerker een goed beeld heeft van de patiëntenpopulatie in de praktijk en of die overeenkomt met de ‘kleur van de praktijk’ (ouderen, jeugd, allochtonen). Om deze ‘nieuwe GGZ’ tot een succes te maken, vinden wij van groot belang om te focussen op de samenwerking tussen partijen in de keten.” Tot slot benadrukt de Parnassia Groep dat financiële schotten, waar die ook liggen, geen inhoudelijke belemmering mogen zijn voor effectieve, efficiënte en laagdrempelige GGZ zorg in de keten.

“In toenemende mate komen er in buurthuizen en wijkcentra mensen met een psychiatrische achtergrond. Ik nodig huisartsen met hun POH-GGZ van harte uit om werk te maken van samenwerking met welzijn.”

Conny van den Berg

Beleidsmedewerker Zebra Welzijn

“Maarten Cox schetst in zijn artikel wat de gevolgen zijn van de vernieuwde GGZ voor huisartsen in de regio Haaglanden. Daarin mis ik de noodzakelijke aansluiting van de huisartsen bij de zogenaamde 0-de lijns / voorliggende voorzieningen die welzijn biedt in de wijken. Als de huisarts de uitdaging van zijn rol als regievoerder van de Basis GGZ goed wil kunnen vervullen is mijns inziens het samenwerken en de aansluiting zoeken bij de verschillende welzijnsorganisaties in de regio noodzakelijk. Ik wil in mijn reactie op twee zaken ingaan: wat merkt welzijn van de verandering in de Basis GGZ en wat kan welzijn betekenen in de keten-aanpak in de veranderde situatie?

In toenemende mate komen er in buurthuizen en wijkcentra mensen met een psychiatrische achtergrond. De oorzaak daarvan is niet alleen de invoering van de vernieuwde GGZ. Het heeft ook te maken met de decentralisaties van de AWBZ / Wmo en de Participatiewet. Dit is betrekkelijk nieuw voor veel van onze medewerkers. Het roept bij hen vragen op als: hoe ga ik hiermee om? Wat kan ik voor deze wijkbewoners betekenen? Hoe moet ik hen goed doorverwijzen? Welzijn zal nog dit jaar starten met een opleiding voor medewerkers die hen handvatten kan geven rond signalering van GGZ-problematiek en mogelijkheden tot doorverwijzing.

Door de extramuralisering van de GGZ merken wij dat ook buurtbewoners onze ondersteuning nodig hebben om een goede (niet angstige) buur te zijn voor een GGZ-cliënt die met begeleiding woont. Ondersteuning is ook nodig om bezoekers van onze wijkcentra het gevoel te geven ‘veilig’ te zijn met andere bezoekers die soms wat vreemd of afwijkend gedrag vertonen.

Wat direct is toe te schrijven aan de vernieuwde GGZ zijn de gevolgen van de invoering van de eigen bijdrage voor een behandeling. Wij horen van cliënten dat ze eigenlijk behandeld zouden moeten worden maar niet gaan vanwege de hoge kosten. Zij blijven ‘hangen’ bij de sociaal werkers met de specialisatie maatschappelijk werk, die hen niet beter kunnen maken. Deze werkers zijn een stabiele factor in hun leven gaan vormen, soms vele jaren lang. Daar zijn het maatschappelijk werk en het welzijnswerk niet voor.

Wat ik wel als rol van welzijn zie, is dat sociaal werkers in preventieve en activerende zin veel kunnen betekenen in de keten rond GGZ. De sociaal werkers van welzijn zijn opgeleid om te kijken naar wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat ze allemaal niet meer kunnen. Ook psychiatrische patiënten hebben hun talenten en kunnen voor anderen nog veel betekenen. Een chronisch depressieve maar stabiele patiënt kan bijvoorbeeld, als dat past bij zijn kwaliteiten, een groep ouderen begeleiden bij het doen van spelletjes of de krant lezen. Voor iemand die eenzaam is of lichte somberheidsklachten heeft, kan de sociaal werker samen met deze persoon onderzoeken of het mogelijk is zijn sociale netwerk uit te breiden. Denk bijvoorbeeld aan een koppeling aan een maatje of aan deelname aan de cursus ‘Liever bewegen dan moe’ die Indigo vaak samen met welzijn in de buurthuizen organiseert.

Wij als welzijn zijn ons ervan bewust dat we door de breedte van onze dienstverlening niet altijd even toegankelijk of

bereikbaar zijn. We hebben daartoe het concept Welzijn op Recept omarmd.

Door middel van een recept kan een huisarts een patiënt doorverwijzen naar welzijn. Wij zorgen voor een vaste contactpersoon voor de huisarts en een terugkoppeling per doorverwezen patiënt. Samen met de patiënt gaan we in een gesprek na waar iemand weer energie van krijgt. Soms zijn dat een aantal gesprekken met een professional, soms is een simpele verwijzing naar een sportvereniging al voldoende. Ook het weer op orde brengen en houden van iemands administratie kan helpen om weer vooruit te kunnen kijken.

Ik nodig hierbij huisartsen met hun POH-GGZ dan ook van harte uit om werk te maken van samenwerking met welzijn”, aldus Conny van den Berg.



“De basisopleiding van de POH-GGZ is enorm divers, waardoor de opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte heel verschillend zijn.”

Marjon Buurmans

Voorzitter van Psyzorg Hoflanden

“Psy zorg Hoflanden is een coöperatie van inmiddels vijftig vrijgevestigde GZ-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen. Samen staan wij sterk voor een kwalitatief hoogwaardige generalistische basis GGZ (GB-GGZ, voorheen de eerstelijnspsychologie genoemd). Niet voor niets hebben we hierbij gekozen voor de coöperatievorm. Samen, als coöperatie, en samen met de ketenpartners zetten wij ons in voor een GB-GGZ waarin de cliënt centraal staat en die toegankelijk, resultaat- en klachtgericht is.

Er zijn twee stellingen uit het artikel van Maarten Cox, waar wij een uitgesproken standpunt over hebben.

De eerste: ‘Zonder investering in de kwaliteit van de POH-GGZ is deze functie gedoemd te mislukken’. Die stelling vinden wij helemaal waar! Om tot een sluitende keten te komen is het belangrijk dat de POH-GGZ-ers goed toegerust zijn voor hun brede en cruciale functie. Daarbij speelt een rol dat de basisopleiding van de POH-er enorm divers is, waardoor de opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte heel verschillend is. Een investering in kwaliteit betekent in onze ogen onder meer (doorgaande) scholing, (begeleide) intervisie en supervisie mogelijk maken voor de POH-GGZ. Vanuit onze deskundigheid hebben wij besloten om dit aan te gaan bieden binnen de keten. Voor onze eigen POH-GGZ-ers, die via ons gedetacheerd kunnen worden en ook voor anderen kunnen wij worden ingehuurd. Wij kiezen voor met name basispsychologen in deze functie. Door de ondersteuning in de regio aan te bieden, leren wij elkaar kennen, wat van groot belang is voor een soepele samenwerking.”

Een tweede belangrijke investering in de kwaliteit van de POH-GGZ is volgens Buurmans het bieden van de mogelijkheid voor snelle en goede consultatie. “Inmiddels is er een proef waarbij de POH-GGZ-ers en de huisartsen via het digitale pad een professional uit de GB-GGZ kunnen consulteren. Het doel is te komen tot een sluitende en optimaal functionerende GGZ-keten.”

De tweede stelling waar Psy zorg Hofland het mee eens is, is dat GGZ-problemen teveel worden gemedicaliseerd. Buurmans: “Regelmatig komen wij tegen dat er te lang met een niet-adequate behandeling is doorgegaan, dat vervolgens medicatie is gestart en dat dan alsnog doorverwezen is. Dat kan beter. Voor meer informatie verwijs ik graag naar onze website: www.psyzorghoflanden.nl.” Aldus Marjon Buurmans, voorzitter Psy zorg Hoflanden.

REFERENTIES

- 1 Cox MF. **De nieuwe GGZ in Haaglanden**. Epidemiologisch Bulletin 2014; 49(3): 4-10.
- 2 Cox MF. **Nieuwe GGZ brengt dynamiek in huisartsenland**. Medisch Contact, nr. 16/16 april 2015: 786-787

De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties.* Er kan sprake zijn van eenzaamheid als iemand een sterk gemis ervaart van een intieme relatie of een emotioneel hechte band met een partner of vriend(in) (emotionele eenzaamheid). Iemand kan ook betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen, zoals collega's,

kennissen, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling missen (sociale eenzaamheid).

Volgens de Gezondheidsenquête 2012 voelt 30% van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden zich matig eenzaam en voelt 11% zich (zeer) ernstig eenzaam. In Nederland is dit respectievelijk 31 en 8%. Binnen Haaglanden varieert het

11% van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden voelt zich (zeer) ernstig eenzaam.

percentage inwoners dat zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt van 31% in Midden-Delfland tot 46% in Den Haag.

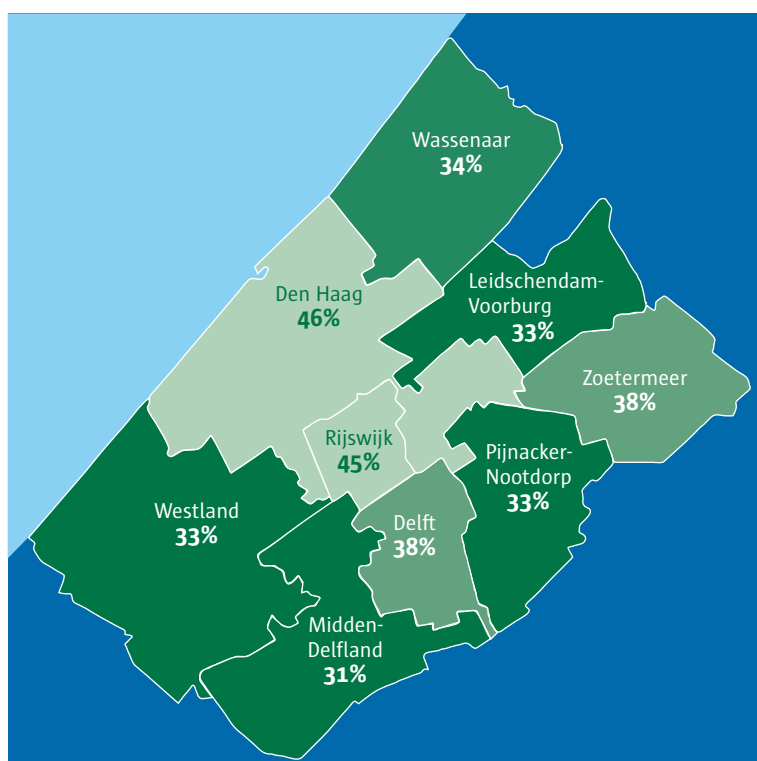
Binnen Haaglanden voelen 65-plussers, niet-westerse allochtonen, lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen zich vaker eenzaam. Ook de woonsituatie speelt een rol; gehuwden of samenwonende mensen voelen zich minder vaak eenzaam dan ongehuwden, gescheiden of verweduwd mensen.

Binnen de G4 heeft Utrecht het laagste percentage inwoners dat zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt (35%). Amsterdam en Rotterdam kennen vergelijkbare cijfers als Den Haag.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van inwoners in Haaglanden is te vinden op www.ggdhaaglanden.nl/publicaties.

* Definitie van prof. De Jong Gierveld, www.eenzaam.nl

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat zich matig tot zeer ernstig eenzaam voelt. Bron: Gezondheidsenquête 2012.



Bron: Gezondheidsenquête 2012



Brijder Verslavingszorg: Extra aandacht en ondersteuning verslaafde ouders

Nederland telt naar schatting ruim 23.000 kinderen in de leeftijd tot 18 jaar die een ouder hebben met een alcohol- of drugsverslaving. De effecten hiervan kunnen (zeer) nadelig zijn voor het welzijn van deze kinderen. Met het handboek *Programma Verslaving & Ouderschap (PVO)* biedt Brijder Jeugd handvatten aan alle professionals in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg om cliënten met kinderen te ondersteunen in de opvoedingssituatie.

Professionals in de gehele zorgsector erkennen de verhoogde risico's die kinderen van ouders met een verslaving kunnen lopen en het belang van tijdige interventie. Daarom bieden verslavingszorginstellingen cliënten met kinderen

diverse vormen van ondersteuning aan, waaronder consultatiegesprekken. Deze vorm van consultatie is door Brijder verder doorontwikkeld en heeft zich vertaald in het handboek *Programma Verslaving & Ouderschap*. Tevens is er vorig jaar een speciale kliniek geopend waar ouders samen met hun kind(eren) kunnen worden opgenomen.

Het handboek beschrijft een gestandaardiseerde werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen bij ouders die in zorg komen. Ook wordt aandacht besteed aan casuïstiek waaruit duidelijk wordt hoe het programma in de praktijk werkt.

Op de website brijder.nl is het handboek gratis te downloaden.

Landelijk congres Moderne Dementiezorg Thuis

Het aantal thuiswonenden met dementie stijgt de komende decennia naar verwachting van 180.000 naar 420.000. De sluiting van veel verzorgingshuizen heeft tot gevolg dat ook veel meer mensen met een gevorderde dementie thuis blijven wonen.

Tijdens dit congres gaan de deelnemers op ontdekkingsreis en maken kennis met inspirerende en vernieuwende initiatieven. Gezamenlijk zoeken wij antwoorden op de vraag: Wat zijn de essentiële discussies de komende jaren? Hoe verandert de rol van iedere beroepskracht in wonen, zorg en welzijn ten opzichte van mantelzorgers en vrijwilligers? Hoe zetten we de persoon met dementie meer in zijn kracht?

Locatie: Spant! Bussum

Datum: 15 juni 2015

Kosten: € 340,- (excl. BTW)

Meer informatie: www.moderne-dementiezorg.nl

Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in hoogwaardig onderwijs op (post) academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid. De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten:

Summercourse Epidemiologie: Wat kan ik er mee?

Deze zesde uitvoering van de summercourse epidemiologie wordt een intensief programma op een prachtige locatie in Drenthe waar uw kennis van epidemiologie en biostatistiek wordt opgefrist en bijgespijkerd.

Doelgroep: sociaal geneeskundigen (artsen M&G, bedrijfs- en verzekeringsartsen), beleidsmedewerkers, gezondheidswetenschappers, professionals en projectcoördinatoren werkzaam in het brede veld van de volksgezondheid.

Data: woensdag, donderdag en vrijdag 19 t/m 21 augustus 2015
Locatie: Zweeloo
Kosten: € 1.325,-

Volksgezondheidsproblemen beter begrijpen

Welke actuele ontwikkelingen spelen er in de publieke gezondheidszorg? Volg de bevindingen van volksgezondheidsonderzoek in de wetenschappelijke literatuur. Ontdek de kracht van nieuwe kennis en actuele inzichten bij de ontwikkeling van een gezond gezondheidsbeleid. Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid en werkzaam bij GGD, gemeente, universiteit, ministerie, (koepel) van zorgverzekeraar(s), zorginstelling of een ander soort instituut dat zich bezighoudt met volksgezondheid en beleid.

Data: donderdag 3, vrijdag 4, donderdag 10, vrijdag 18 en donderdag 24 september, 1, 8 en 15 oktober 2015.
Locatie: Utrecht
Kosten: € 3.990,-

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH:
tel: 030-8100500, e-mail info@nspoh.nl en zie www.nspoh.nl

Grip op uw gezondheid: zelfmonitoring belangrijk en preventief

Zelfmonitoring werkt preventief, zorgt ervoor dat mensen meer gaan bewegen en zich bewust worden van hun gezondheid. Dit zijn de conclusies uit het onderzoek 'Grip op uw gezondheid'.

Het onderzoek is uitgevoerd door MCH Westeinde en Welzijnsorganisatie Zebra in Den Haag, samen met bewoners, buurtorganisatie, wijkondernemers en vrijwilligers. Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in wat gebruikers vinden van het monitoren van hun eigen gezondheid door het gebruik van E-Health.

In totaal deden 26 deelnemers drie maanden mee aan het onderzoek door het gebruik van een stapenteller, bloeddrukmeter, slimme weegschaal en

het digitaal invullen van vragenlijsten. De deelnemers hadden gedurende deze drie maanden de mogelijkheid om 24 uur per dag zorggerelateerde vragen te stellen aan professionals.

Opvallende resultaten uit het onderzoek zijn:

- Zelfmonitoring belangrijk en preventief
- Fysieke inspanning en fitheid neemt toe
- Toename deelname aan beweeg- en gezondheidsprogramma's.

Voor meer informatie: Peter Behagel, Zebra Welzijn, ph.behagel@zebrawelzijn.nl of 06 - 53 95 42 25.



‘Wie zorgt voor oudere migranten?’

‘De rol van mantelzorgers, sleutelfiguren, professionals, gemeenten en ouderen zelf’ is een uitgave van Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Auteur: Joke van Wieringen.

ISBN: 978-90-75955-00-2

Website www.pharos.nl

De eerste generatie migranten in Nederland wordt nu ouder en daarmee neemt ook de behoefte toe aan zorg en ondersteuning. De aansluiting tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen enerzijds en oudere migranten anderzijds is echter niet optimaal. In de publicatie getiteld ‘Wie zorgt voor oudere migranten?’ staan twee projecten centraal rond de zorg voor oudere migranten.

In het eerste project onderzocht het Amsterdams Medisch Centrum (AMC) de toegankelijkheid en het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen door migrantenouderen met functionele

beperkingen, eenzaamheid en depressieve klachten. In het tweede project evalueerde het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) of getrainde sleutelfiguren met een migrantenachtergrond erin zijn geslaagd om een brug te slaan tussen oudere migranten en zorg- en welzijnsvoorzieningen.

De resultaten van deze projecten, zoals gebundeld in deze publicatie, laten zien dat de inzet van sleutelfiguren leidt tot een efficiënter gebruik van zorg door oudere migranten. Voor gemeenten en zorgaanbieders kunnen sleutelfiguren een rol spelen bij verbeterprojecten van de zorg die zij samen met oudere migranten initiëren. Dit leidt tevens tot minder eenzaamheid bij en meer participatie van oudere migranten.

Op www.pharos.nl/publicaties is de uitgave gratis te bestellen of te downloaden.



GGZ Kennisdag 2015

Op 22 september vindt in de Rijtuigenloods in Amersfoort de GGZ Kennisdag 2015 plaats. Thema dit jaar is ‘Psychische gezondheid van de jeugd.’

Het programma van de Kennisdag en de invulling van de workshops zijn inmiddels rond. Het doel van de GGZ Kennisdag is: met kennis bijdragen aan meer samenhang en kwaliteit in de zorg voor de psychische gezondheid van de jeugd van 0 tot en met 23 jaar. Aan bod komt een breed scala aan actuele thema's, van preventie en vroegsignalering tot gespecialiseerde jeugd-ggz.

Jacobine Geel, voorzitter van GGZ Nederland is dagvoorzitter en gaat in gesprek met Marc Dullaert, kindermiddelvoorzitter. Sprekers zijn John R. Weisz, professor psychologie aan de Harvard University, Bertine Lahuis, kinder- en jeugdpsychiater en voorzitter raad van bestuur van Karakter en Victor Everhardt, wethouder Volksgezondheid, Jeugd en Jeugdzorg Utrecht. Keuze uit 30 workshops.

Voor het volledige programma en aanmelding: www.ggzkennisdag.nl

Grip op klachten

Grip op klachten is een grootschalig project gericht op het creëren van een overkoepelend diagnostisch en stapsgewijs behandelaanbod voor mensen met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

Iedereen heeft wel eens hoofdpijn of voelt zich vermoeid. Als deze klachten niet overgaan, wil je weten wat de oorzaak is en wil je van je klacht af. Toch kan de dokter in 20 tot 50% van de gevallen geen lichamelijke oorzaak vinden.

Het landelijk project 'Grip op klachten' is bedoeld voor mensen die last hebben van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Het project wordt gecoördineerd vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen en gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Grip op klachten is eind 2013 gestart en momenteel nog in ontwikkeling.

Er zijn inmiddels twee behandelingen beschikbaar:

1. voor mensen met chronische pijn
2. voor mensen die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS).

Ook PsyQ participeert in het landelijk project. Na verwijzing door de huisarts worden patiënten uitgenodigd voor een intakegesprek bij PsyQ of een van de andere zorginstellingen die aangesloten zijn bij Grip op klachten. Als in het intakegesprek blijkt dat patiënten kunnen profiteren van deze behandeling start behandeling via internet, waarbij mensen regelmatig contact hebben met hun behandelaar. Als zij onvoldoende profiteren van de internettherapie krijgen zij een aanvullende, meer intensieve behandeling.

De behandelingen zijn ontwikkeld door het Nijmeegs Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid van het Radboudumc en de afdeling Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie van de Universiteit Leiden.

Voor meer informatie www.gripopklachten.nl. Vragen van verwijzers en/of patiënten kunnen worden gesteld via gripopklachten@psyq.nl.

Train-de-trainer Piep zei de muis

De interventie 'Piep zei de muis' is gericht op het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen van 4 tot 8 jaar als gevolg van psychosociale, psychische of verslavingsproblemen bij één van de ouders of beide ouders.

De training duurt van 09.30 uur tot 16.30 uur.

Datum: 16 juni 2015

Locatie: Trimbos-instituut Utrecht

Kosten: € 395,-

Meer informatie: trainingsbureau@trimbos.nl



Infectieziekten gemeld door instellingen in 2015

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2015. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals

kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen bepaalde infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	AWBZ zorginstelling	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	7		3	10
Impetigo (krentenbaard)	2	2		4
Gastroenteritis	6	1	9	16
Schimmelinfectie	1			1
Luchtweginfectie	4	3	1	8
Anders*	3		1	4
Influenza(-achtig) ziektebeeld		2	6	8
Eindtotaal	23	8	20	51

*Anders = ooginfectie, Pfeiffer, urineweginfectie en roodvonk

Toelichting bij meldingen infectieziekten op pagina 30

Ebola

Al eerder is in dit bulletin melding gedaan van de ebola uitbraak in een aantal landen in West-Afrika. Deze is nog steeds gaande, maar is aan het afnemen. De kans dat een reiziger ebola meebrengt naar Nederland is heel klein, maar alertheid op patiënten blijft geboden. Er komen nog steeds regelmatig Nederlandse hulpverleners terug uit de risicolanden; deze hulpverleners komen tijdelijk onder toezicht van de GGD te staan.

Influenza seizoen

De influenza epidemie heeft deze winter lang aangehouden. Dit is ook merkbaar geweest in het aantal artikel 26 meldingen vanuit de AWBZ instellingen. Het aantal meldingen over luchtweginfecties en influenza-achtige ziektebeelden is verhoudingsgewijs hoog dit kwartaal. Een factor bij de epidemie in het huidige seizoen is de mismatch tussen de samenstelling van het dit jaar verstrekte vaccin en de influenza A H3N2 verwekkers binnen de huidige epidemie. Hierdoor geeft het vaccin waarschijnlijk minder bescherming dan de afgelopen jaren.

Scabiës

Het eerste kwartaal van 2015 heeft GGD Haaglanden opnieuw drie meldingen van scabiës in een zorginstelling ontvangen. Het komt helaas nog steeds voor dat scabiës bij bewoners van zorginstellingen soms lange tijd miskend wordt. Dit kan leiden tot ongewenste verspreiding binnen en buiten de instelling. Ingrijpende en kostbare bestrijdingsoperaties kunnen hiervan het gevolg zijn. De GGD zal dit probleem onder de aandacht van de instellingen blijven brengen.

Aan deze rubriek werkten mee: E.J.M. de Coster, E.M. Huisman en Mw. D. van der Zande



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2015

Ziekte	1e kwartaal 2015	1e kwartaal 2014	1e kwartaal 2013
A-ZIEKTEN			
MERS-COV			
Nieuwe Influenza A (H1N1)			
B-ZIEKTEN			
buiktyfus		4	
brucellose			
hepatitis A	7	3	2
hepatitis B acuut en chronisch *)	31	45	31
hepatitis C acuut	2	1	
kinkhoest	121	71	63
legionella pneumonie		4	2
mazelen		24	7
paratyfus A,B,C		3	1
Rubella			
STEC (E-coli 157)			8
shigellose/bacillaire dysenterie	4	7	8
tuberculose	21	19	16
invasieve GAS	2		2
voedselinfectie	2		2
C-ZIEKTEN			
bof		3	1
Creutzfeld-J's disease - klassiek	1		3
Gele koorts			
Hantavirusinfectie			
inv. Haemophilus influenzae type b			1
Legionellose	5		
leptospirose			
Listeriose	1	1	2
malaria	1	4	3
Meningokokkose	2	1	
psittacose/ornithose			1
MRSA			1
inv. pneumokokken	2		2
West-Nilevirus			1
Totaal	202	190	157

*) Inclusief dragers



COLOFON

Juni 2015, 50^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
drs. L.M.J. Staal, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij Mw. Wagemaker.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet:
www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:

GGD Haaglanden

Landelijke Vereniging POH-GGZ

Arenda Oomen

Uitgave:

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. 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 over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

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.

Op www.awpgnzh.nl/epibul kunt u aangeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen. Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Van Bleyswijkstraat 93^e
2613 RR Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl