

Onverdeeld gezond

Terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen en bevorderen gezond leven door lokaal beleid

Colofon

tekst:	J. Jansen, J. ten Dam, F. van der Jagt NIGZ-Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG)
eindredactie:	Communicatiebureau Stroomlijn, Maassluis
Coördinatie:	Freeke Mulder, SGBO
vormgeving:	Keen, Den Haag
fotografie:	B. van den Heuvel

Deze brochure verschijnt in het kader van het project versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid van de VNG en GGD Nederland. De brochure is een onderdeel van de koffer Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk Deel 2 en is tot stand gekomen in opdracht van de Stuurgroep Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, gefinancierd door het Fonds Openbare Gezondheidszorg.

Onverdeeld gezond

In het kader van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg is een aantal praktische instrumenten ontwikkeld voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze instrumenten worden in twee instrumentenkoffers 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk' verspreid onder de belangrijkste partijen in de OGZ: gemeenten, GGD'en en de landelijke kenniscentra voor de OGZ.

In de eerste instrumentenkoffer is de kennis over het gemeentelijk gezondheidsbeleid van de laatste jaren bijeengebracht. De tweede instrumentenkoffer bevat praktische instrumenten die gemeenten kunnen gebruiken bij het versterken, verbreden en verdiepen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Voor u ligt het boekje 'Onverdeeld Gezond'. Dit boekje is opgesteld om gemeenten en GGD'en te ondersteunen bij het voeren van beleid om gezond leven te bevorderen en gezondheidsverschillen te verminderen. Het geeft ideeën voor concrete beleidsvoornemens en praktijkvoorbeelden. Bovendien is een lijst van 'tips and trucs' opgesteld die u in uw dagelijkse praktijk kunt gebruiken.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	05
	Leeswijzer	07
2	Gemeentelijk gezondheidsbeleid: een tas vol instrumenten	09
	Voorbeeld alcoholmatigingsbeleid	12
	Welke rol kan de gemeente spelen?	13
3	'Tips en trucs': de aanpak van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven in een notendop	15
4	Stap voor stap naar de vermindering van gezondheidsverschillen en bevordering van gezond leven	17
	Stap 1	18
	Stap 2	22
	Stap 3	27
	Stap 4	38
	Stap 5	39
	Stap 6	41
5	Internetwegwijzer	47



... jongeren bereik je het beste in een voor hen vertrouwde omgeving ...

1

Inleiding

Zoveel mensen, zoveel verschillen. Verschillen horen bij het leven en niemand zal streven naar een volledig gelijke samenleving. De mate van verschil; daar draait het om. Sommige verschillen worden beter getolereerd dan andere. Verschillen in inkomen worden geaccepteerd als een 'onmisbare' prikkel in ons economisch stelsel. Verschillen in opleiding zijn normaal in een samenleving, zolang iedereen maar gelijke toegang heeft tot onderwijs. Maar hoe staat het met verschillen in gezondheid? Tot hoever gaat de tolerantie dan? Ook hier geldt dat het acceptabel is dat er verschillen zijn, zolang iedereen gelijke kansen heeft als het gaat om gezondheid en om de benodigde gezondheidszorg. Het blijkt echter dat de kansen op gezondheid voor een groot deel worden bepaald door de sociaal-economische positie. Mensen met een hoge sociaal-economische positie blijken ongeveer 10 jaar langer zonder lichamelijke beperkingen te leven dan mensen met een lage sociaal-economische positie. Niemand zal bestrijden dat een dergelijk verschil onaanvaardbaar is. Onaanvaardbare verschillen zijn niet vanzelf ook vermijdbaar. In de jaren negentig is uitgebreid onderzocht wat de mogelijkheden zijn om deze sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen. In de zoektocht naar methoden om gezondheidsverschillen te verminderen bleek dat de oorzaken van de gezondheidsachterstand zeer divers zijn: van ongezonde leefgewoonten tot ongunstige woon- en werkomstandigheden. De noodzaak om iets aan gezondheidsverschillen te doen is nog eens duidelijk gemaakt in de laatst verschenen Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV 2002). In vergelijking met de vorige VTV, uitgekomen in 1997, zijn er geen aanwijzingen dat de gezondheidsverschillen zijn afgenomen. Mannen met een lage sociaal-economische status (SES)¹ leven 5 jaar korter dan mannen met een hoge SES (in dit geval bepaald aan de hand van de opleidingsgraad). Bij vrouwen is dat verschil bijna 3 jaar. Mannen en vrouwen met een hogere SES zijn gemiddeld bijna 10 jaar langer vrij van lichamelijke beperkingen. Voor het aantal jaren dat men zich gezond voelt, is het gemiddelde verschil 16 jaar voor mannen en 14 jaar voor vrouwen. In Nederland hebben de bevindingen op het terrein van gezondheidsverschillen in 2001 geleid tot een kabinetsstandpunt waarin verbetering van de gezonde levensverwachting bij de lagere sociaal-economische groepen als beleidsprioriteit werd vastgesteld.

¹ De sociaal-economische status (SES) van personen wordt bepaald door de positie die mensen innemen in de maatschappij. Belangrijke kenmerken die vaak als indicatoren van SES dienen, zijn opleiding, beroep en inkomen. In onderzoek wordt de SES veelal bepaald aan de hand van het opleidingsniveau.

De in november 2003 verschenen Preventienota van het Ministerie van VWS gaat in op het belang van het verminderen van gezondheidsverschillen door lokale activiteiten, onder andere gericht op de bevordering van gezond leven. Ook internationaal staat het reduceren van gezondheidsverschillen prominent op de agenda. Al in 1985 stelde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zich ten doel om de verschillen in gezondheid tussen landen en tussen bevolkingsgroepen met 25 procent te verminderen. Bevordering van gezond leven neemt een centrale plaats in als het gaat om het realiseren van de gezondheidswinst die door preventie te bereiken is, met speciale aandacht voor de groepen in de samenleving die hier het meest van kunnen profiteren. Naast de groep met een lage sociaal-economische status zijn dat met name de jongeren. 'Zij investeren in ongezondheid', zo stelt de VTV 2002. Deze conclusie komt voort uit de zorgwekkende cijfers over gezond gedrag in deze groep: 45% van de 15-19 jarigen rookt, 39% van de middelbare scholieren dronk bij een recente gelegenheid 5 of meer glazen alcohol en 6-9% van de middelbare scholieren vrijt onveilig. Jongeren eten steeds minder groente en fruit en ongeveer de helft beweegt onvoldoende.

Het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (2001) gaf prioriteit aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Lokaal gezondheidsbeleid is een kansrijke manier om de gezondheidsverschillen te verminderen en gezond leven te bevorderen. Vandaar dat het verminderen van SEGV en het bevorderen van gezond leven ook hoge prioriteit heeft gekregen in de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. Eind 2003 had iedere gemeente een dergelijke nota moeten hebben. Dat is vastgelegd in de herziene Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Met alleen een nota in de kast zijn we er echter niet. Het in de nota voorgenomen beleid moet ook daadwerkelijk leiden tot concrete acties. Bij de uitvoering van deze acties spelen veel partijen een rol. Een gezond lokaal beleid beperkt zich niet tot de gezondheidssector. Een deel van de gezondheidswinst is te realiseren door inspanningen van andere sectoren zoals onderwijs, volkshuisvesting, sociale zaken en werkgelegenheid. Dat maakt het gezondheidsbeleid een stuk complexer, maar tegelijkertijd neemt ook het aantal mogelijkheden toe om de gezondheid van burgers te verbeteren.

In twee boekjes in de eerste 'instrumentenkoffer' ter ondersteuning van gezondheidsbeleid van gemeenten is aangegeven wat het belang is van lokaal beleid voor de vermindering van gezondheidsverschillen en de bevordering van gezond leven. De boekjes bevatten tevens een aantal voorbeelden, zogenoemde 'good practices'.

In dit boekje gaan we in op de vraag: 'Waaraan moet ik denken bij het opzetten van programma's die uitvoering geven aan de beleidsvoornemens op het gebied van gezondheidsverschillen en gezond leven?' Aan de hand van ervaringen en praktijkvoorbeelden is een lijst van 'tips and trucs' opgesteld. Deze lijst is niet compleet en zal ook nooit compleet zijn. Het voortschrijdende inzicht in de succes- en faalfactoren van interventies op dit terrein zal steeds weer leiden tot bijstelling van de hier bijeengebrachte informatie. Toch is een 'momentopname' op zijn plaats, aangezien er in de afgelopen jaren een aantal belangrijke documenten is verschenen die veel informatie hebben opgeleverd. Te denken valt aan het eindrapport van de commissie Albeda (programmacommissie SEGV), de rapporten in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en rapportages van de RVZ. Wij maken in dit boekje dankbaar gebruik van de beschikbare kennis op dit gebied. Achterin dit boekje vindt u een uitgebreide literatuurlijst.

LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 gaan we in op de breedte van het veld. De instrumenten die een gemeente heeft om gezondheidsverschillen te verkleinen en/of gezond leven te bevorderen beperken zich niet tot de klassieke voorlichtingsprogramma's. Het optimaal benutten van de verschillende instrumenten verhoogt de slaagkans van het beleid en de gemeente kan daarbij een belangrijke coördinerende en faciliterende rol vervullen. In hoofdstuk 3 en 4 besteden we aandacht aan de vraag hoe we de problematiek het best kunnen aanpakken. Dat doen we aan de hand van een aantal 'tips en trucs' die we vervolgens in een aantal stappen verder uitwerken. Deze stappen illustreren we met enkele aansprekende voorbeelden.



... overgewicht komt bij ongeveer 40% van de volwassenen en tussen 7% en 16% van kinderen en jongeren voor ...

2

Gemeentelijk gezondheidsbeleid: een tas vol instrumenten

Er liggen volop kansen voor het lokale gezondheidsbeleid om bij te dragen aan de bevordering van gezond leven en de vermindering van gezondheidsverschillen. In hoofdstuk 3 en 4 geven we met een stappenplan aan hoe dat beleid effectief vorm kan krijgen. In dit hoofdstuk bespreken we eerst welke beleidsinstrumenten daarbij te gebruiken zijn. De belangrijkste boodschap daarbij is dat gezondheidsvoorlichting slechts één van de instrumenten is. Bij gezondheidsbevordering wordt meestal allereerst aan voorlichting gedacht. Kennis over ziekte, ziekte-oorzaken en de wijze waarop mensen die zelf kunnen beïnvloeden is een belangrijke voorwaarde voor het veranderen van gedrag. De kennis is ook van invloed op hoe men de eigen gezondheidssituatie ervaart. Gezondheidsvoorlichting is een horizontale vorm van communiceren, met als doel via kennisoverdracht mensen te stimuleren zelf een bewuste (liefst gezonde) keuze te maken. Voorlichting in de gezondheidssector vindt vooral plaats door GVO-functionarissen binnen de GGD'en, thuiszorginstellingen en GGZ-instellingen (waaronder de instellingen voor de verslavingszorg, IVZ), maar ook door sociaal-geneeskundigen (bijv. arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en jeugdartsen), sociaal-verpleegkundigen, tandartsen, huisartsen en paramedici zoals diëtisten, fysiotherapeuten en arbeidshygiënisten.

De gezondheidssector speelt een belangrijke rol bij voorlichting, maar ook andere sectoren kunnen een actieve bijdrage leveren. Zo hebben bijvoorbeeld de sectoren Onderwijs, Welzijnswerk en Sociale zaken en werkgelegenheid een belangrijke positie. Via school, wijk of werkplek kunnen ze specifieke doelgroepen makkelijker bereiken. Deze sectoren kunnen als het ware de randvoorwaarden scheppen waardoor de informatie zo goed en volledig mogelijk bij de doelgroep terecht komt. Tevens kunnen ze ervoor zorgen dat de informatie vanuit die doelgroepen zo goed mogelijk wordt benut bij het vormgeven van beleid. In dit boekje zullen we daar een aantal voorbeelden van geven.

Voor het bevorderen van gezond leven of het verminderen van gezondheidsverschillen is veel meer nodig dan alleen voorlichting. Dat valt op te maken uit onderstaande tabel 1, die de indeling van Van der Doelen weergeeft. Stimulerende beleidsinstrumenten zijn inzetbaar om gezondheidsbevorderende of beschermende factoren te stimuleren. Repressieve instrumenten dienen om gezondheidsschadende of bedreigende factoren te voorkomen of terug te dringen.

Tabel 1: Beleidsinstrumenten volgens de indeling van Van der Doelen (Bron: Bressers, 1993).

	Stimulerend	Repressief
Communicatief	Voorlichting	Propaganda
Economisch	Subsidie	Heffing
Juridisch	Overeenkomst	Gebod, verbod

Op het eerste gezicht lijkt veel beleid 'economisch'. Alles kost geld; ook voorlichtingsactiviteiten moeten in euro's worden begroot en ook voor het vormen van samenwerkingsverbanden is het noodzakelijk op gemeentelijk niveau financiële randvoorwaarden te scheppen. Toch is voorlichting geen economisch instrument, zoals blijkt uit de indeling in tabel 1.

Communicatieve instrumenten zoals voorlichting worden meestal ingezet om een stap in de richting van gedragsverandering te zetten. Ze zijn daarnaast ook bruikbaar om andere instrumenten te ondersteunen (bijvoorbeeld uitleg bij bepaalde juridische maatregelen) en om knelpunten in de interactie met doelgroepen (bijvoorbeeld tussen allochtonen en hun huisarts) te verbeteren. Communiceren is niet alleen gericht op het overbrengen van kennis, maar is ook van belang bij het creëren van draagvlak voor beleidsactiviteiten in het algemeen.

Een andere vorm van communicatie, die we vaak aanduiden als propaganda, is minder neutraal en heeft een dwingend karakter. Een van de bekendste toepassingen is het waarschuwen voor gezondheidsbedreigende factoren, zoals overmatig alcoholgebruik en roken. Propaganda is als het ware de repressieve variant van voorlichting.

Economische instrumenten zijn heffingen, stimuleringsgelden (bijvoorbeeld subsidies) en (her)allocatie van middelen. Economische beleidsinstrumenten worden vaak ingezet om met financiële prikkels (gedrags)veranderingen na te streven. Accijnzen heffen op ongezonde producten zoals tabak en alcohol, of het aanpassen van de verbruiksbelasting hebben een aantoonbaar effect op gedrag, in het bijzonder bij de doelgroep jongeren. Het effect van dergelijke prikkels is overigens afhankelijk van de financiële positie van de doelgroep. Economische instrumenten zijn ook te gebruiken in de strijd tegen gezondheidsverschillen. Subsidies kunnen bijvoorbeeld gezonde voeding goedkoper en dus beter bereikbaar maken voor alle bevolkingsgroepen. Gemeentelijke subsidies voor sportverenigingen verlagen de drempel voor achterstandsgroepen om in beweging te komen. Bij de armoedebestrijding zijn er projecten opgezet waarin gemeenten de bijzondere bijstand gebruiken om kwetsbare groepen extra mogelijkheden te bieden om deel te nemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten en om gezondheidsbedreigende factoren weg te nemen.

Welke mogelijkheden bezit de gemeente voor het gebruiken van juridische instrumenten? Dit omvat onder andere de wetgeving, waarbij de gemeente beperkende en/of verbodende regels kan opstellen (geboden, verboden). Een bijvoorbeeld zijn de sluitingstijden van horecagelegenheden. Ook bestaan er zogenaamde horizontale juridische instrumenten, waarbij partijen afspraken of convenanten (overeenkomsten) sluiten. Via deze afspraken kunnen belangrijke determinanten van gezondheid worden beïnvloed. Zo'n afspraak kan gaan over verkoopbeperkingen van genotmiddelen of over het stimuleren van de verkoop van gezonde voedingsmiddelen of het opnemen van schoolzwemmen in het programma van de basisscholen. Ook een beperking van, of een verbod op reclame en/of sponsoring van ongezonde producten behoort tot de mogelijkheden, al zijn dat meer de middelen die de centrale overheid meestal hanteert.

Bij iedere indeling van beleidsinstrumenten, ook bij bovengenoemde, zijn kritische opmerkingen te maken. Toch is het zinvol om bij het voorbereiden van beleid te kijken of er voldoende gebruik is gemaakt van de beschikbare instrumenten. De praktijk laat zien dat vooral programma's die gezondheidsproblemen via een meersporenbeleid aanpakken, succesvol zijn. Een voorbeeld van een dergelijk meersporenbeleid is het alcoholbeleid.

Op je gezondheid?

Overmatig alcoholgebruik (3 of meer glazen alcohol per dag) is geen specifiek 'lage SES-probleem'. Tot de leeftijd van 40 jaar komt overmatig alcoholgebruik iets meer voor bij de lager opgeleiden, terwijl boven die leeftijd vooral mannen met een hoge opleiding veel drinken. Overmatig alcoholgebruik neemt bij vrouwen toe met de leeftijd en komt vooral voor bij de hoogst opgeleide vrouwen. Vooral bij jongeren is het overmatig drinken een groot probleem. Tijdens het Peilstations-onderzoek van het Trimbos-instituut (2000) rapporteerde 61% van de middelbare scholieren tijdens een recente gelegenheid een tot vier glazen alcohol te hebben gedronken. 22% dronk vijf tot acht glazen en de overige 17% dronk meer dan acht glazen.

Vanaf midden jaren tachtig voert de overheid een samenhangend alcoholmatigingsbeleid, waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende instrumenten en waar activiteiten van de centrale en lokale overheden elkaar aanvullen. De nota 'Alcohol en samenleving' heeft hiervoor een belangrijke basis gelegd. In 2001 is een nieuwe alcoholnota verschenen die aangeeft op welke manier het beleid voor het bevorderen van alcoholmatiging en voorkomen van problemen die samenhangen met overmatig alcoholgebruik, geïntensiveerd zal gaan worden. Belangrijk uitgangspunt van beide alcoholnota's is dat alcoholgebruik niet totaal tegengegaan moet worden, maar dat het noodzakelijk is om overmatig gebruik te voorkomen. Instrumenten daarvoor zijn onder andere juridisch van aard (verkoopbeperkingen, leeftijds grenzen aan verkoop, normen voor alcohol in het verkeer, convenanten op het terrein van reclame en alcoholverstrekking in de horeca en dergelijke. Zo biedt de Drank- en Horecawet gemeenten mogelijkheden voor het instellen van (tijdelijke) verboden op drankverkoop. De gemeente geeft subsidies aan welzijnsvoorzieningen en sportactiviteiten en is veelal de verhuurder en beheerder van accommodaties. Dat biedt een goede ingang voor het maken van afspraken over alcohol. Economische beleidsinstrumenten liggen vooral op het terrein van de heffingen (accijns). Deze vallen grotendeels buiten het lokale gezichtsveld. Er zijn echter ook voorbeelden van lokale economische instrumenten. Een voorbeeld is het ontwikkelen van een horecavervoersplan (voor het vervoer van het uitgaanspubliek na sluiting van de horecagelegenheden), zoals dat in Alkmaar vorm heeft gekregen. Maar het wachten is natuurlijk op de eerste gemeente die samen met de horeca een healthy hour (met goedkope vruchtensappen) organiseert als alternatief voor het happy hour.

De communicatieve instrumenten hebben wél een belangrijke lokale invalshoek of bieden in ieder geval mogelijkheden voor uitvoering op gemeentelijk niveau. De gezondheidsdienst (GGD) van de gemeente en de regionale instelling voor verslavingszorg beschikken over veel kennis en ervaring. Veel gemeenten subsidiëren het project 'Gezonde school en genotmiddelen' van het Trimbos-instituut. Dat project probeert door middel van een brede benadering het experimenteelgedrag van jongeren met genotmiddelen in goede banen te leiden, onder ander door het aanleren van vaardigheden. Ook het door het NIGZ uitgevoerde project 'Alcohol Voorlichting en Preventie' (AVP) kent tal van lokale activiteiten, onder andere via de succesvol verlopen zomercampagnes. Tientallen jongeren zijn in de afgelopen jaren opgeleid om voorlichting en informatie te geven op plekken waar veel jongeren grote hoeveelheden alcohol consumeren, zoals in de bus op weg naar de Spaanse vakantiekust, op zomercampings en bij de grote festivals. De activiteiten zijn gericht op het vaststellen van normbesef en bewustwording over verantwoord alcoholgebruik. In 2001 waren er bij instellingen van verslavingszorg 16 AVP-steunpunten. Ook de werkplek wordt benut via het stappenplan 'Alcoholgebruik op het werk'.

Welke rol kan de gemeente spelen?

Bovenstaand voorbeeld over alcoholmatigingsbeleid onderstreept dat het bij bevordering van gezond leven niet alleen gaat om voorlichting, maar dat ook economische en juridische maatregelen gezond leven kunnen bevorderen. Het voorbeeld maakt duidelijk dat bij ieder instrument ook lokale initiatieven mogelijk zijn (bovenop de door de centrale overheid gebruikte instrumenten), en dat die zich zeker niet beperken tot de communicatieve acties. Vooral bij het toepassen van de economische en juridische instrumenten is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeenteambtenaar. Deze kan optreden als coördinator, met voorstellen komen richting B&W en de gemeenteraad en het proces bevorderen. Met behulp van de kennis van GGD'en, thuiszorginstellingen en GGZ-instellingen kan hij argumenten aandragen voor het gezondheidskundige belang van bepaalde maatregelen. De gemeente heeft een regiefunctie wat betreft de gemeentelijke gezondheidsdienst en kan haar invloed laten gelden als het gaat om gezondheidsbelangen bij organisaties en

instellingen die afhankelijk zijn van gemeentelijke subsidie. De gemeenteambtenaar zit als een spin in het web van het intersectorale beleid, met zicht op de noodzakelijke (financiële) randvoorwaarden om dit beleid tot stand te brengen en met korte lijnen naar de diverse actoren die van belang zijn voor een doeltreffend beleid. Daarbij speelt het welzijnswerk een belangrijke rol. Er ontstaat een toenemend besef dat gezondheidsprogramma's niet top-down maar zoveel mogelijk bottom-up moeten worden vormgegeven. Daarom is bij het vormgeven van community-based interventies de jarenlange ervaring van het sociaal-cultureel werk met bevolkingsparticipatie onmisbaar. De volgende hoofdstukken bieden handreikingen voor het vormgeven van concreet beleid ter vermindering van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven. Hoofdstuk 3 geeft een aantal 'tips en trucs' en in hoofdstuk 4 gaan we stap voor stap van de voorbereiding naar de uitvoering van interventies.



3

‘Tips en trucs’: de aanpak van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven in een notendop

Dit is eigenlijk een ‘uitscheurhoofdstuk’. Het geeft in de vorm van een aantal ‘tips en trucs’ een korte checklist om te gebruiken bij het ontwikkelen en uitvoeren van gemeentelijk gezondheidsbeleid, gericht op het verminderen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven. Hoofdstuk 4 werkt deze checklist in een aantal stappen verder uit en licht de strategie op hoofdlijnen toe aan de hand van voorbeelden. De rol van de gemeente bij de verschillende stappen is vaak een coördinerende en faciliterende. Daarom geeft de laatste kolom van het hierna volgend schema aan wie de actoren zijn die samen met de gemeente-ambtenaar, dan wel aangestuurd door de gemeente, betrokken zijn bij de uitvoering.

... lokaal gezondheidsbeleid is een kansrijke manier om de gezondheidsverschillen te verminderen en gezond leven te bevorderen ...

Tips en trucs bij de vermindering van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven

Tip of Truc	Hoe?	Met wie?
Analyseer het probleem	Bepaal de omvang en de oorzaken, hoe ervaart de doelgroep het; wat zijn onderliggende factoren?	Epidemiologen; GVO-professionals; onderzoekers; doelgroep(en)
Zoek de échte oorzaken	Word ervan bewust en maak anderen erop attent dat achtergronden van ongezond gedrag en gezondheidsverschillen zeer divers zijn.	Epidemiologen; GVO-professionals; onderzoekers
Hoor de doelgroep en bied maatwerk aan	Besteed in het gehele traject van een interventie aandacht aan de wensen van de doelgroep en stem de onderdelen daar zo goed mogelijk op af.	Preventiewerkers; welzijnswerkers; doelgroep(en)
Pak het probleem in de volle breedte aan	Doeltreffende interventies bestaan uit meerdere onderdelen die zich op zowel de persoon (kennis, vaardigheden e.d.) als op de omgeving richten.	GVO-professionals; preventiewerkers; ambtenaren bij andere sectoren
Stel SMART-doelen	Wees realistisch in wat je denkt te behalen binnen de gestelde tijd en capaciteit. Formuleer meetbare doelen in samenspraak met alle betrokkenen (voor meer draagvlak).	Alle betrokkenen
Kijk (en spring) over de schutting van je eigen sector	Maak meer gebruik van de 'good practices' in intersectorale samenwerking. Gebruik deze om gezondheidsbewustzijn te creëren en draagvlak te verkrijgen voor de integrale aanpak.	GGD-professionals; ambtenaren bij andere sectoren; organisaties op terrein van GES ² en facetbeleid
Zoek naar 'win-win'-situaties	Zoek naar gemeenschappelijke of elkaar aanvullende doelstellingen, bijvoorbeeld op het terrein van sociale zaken, veiligheid/ leefbaarheid en maatschappelijke productiviteit.	Ambtenaren bij andere sectoren; commerciële sector
Vind niet opnieuw het wiel uit	Pas interventies toe die hun waarde al bewezen hebben. Schakel de expertise in die er in Nederland bestaat.	Landelijke ondersteunende organisaties; GGD-professionals
Begin met evalueren	Bedenk voor wie een evaluatie zinvol is en kies uitkomstmaten die passen bij de (SMART-) doelen.	Alle betrokkenen

²GES = Gezondheid Effect Screening

4

Stap voor stap naar de vermindering van gezondheidsverschillen en bevordering van gezond leven

In dit hoofdstuk lichten we de 'tips en trucs' toe die in hoofdstuk 3 schematisch staan weergegeven. We doen dat in de vorm van een aantal stappen. De hieronder beschreven stappen volgen in grote lijnen het Preventie Effectmanagement Instrument (Preffi), een diagnostisch kwaliteitsinstrument dat mogelijkheden biedt voor het verhogen van de effectiviteit van gezondheidsbevorderende programma's. Het instrument is inmiddels bij bijna alle gezondheidsvoorlichters en preventiewerkers goed bekend en biedt een hulpmiddel voor het opzetten en uitvoeren van gezondheidsbevorderende interventies. De Preffi 2.0 is ontwikkeld door het NIGZ en de Katholieke Universiteit Nijmegen en bouwt voort op de ervaringen die zijn opgedaan met de eerste versie, de Preffi 1.0. De stappen sluiten ook goed aan bij het planmatige model voor gezondheidsbevordering, ontwikkeld door de Universiteit Maastricht. Dat model (zie ook figuur 4) is eigenlijk een vereenvoudigde weergave van het Precede/Proceed-model van Green & Kreuter, de internationale grondleggers van de planmatige GVO. Onderdelen in de planmatige aanpak zijn:

- Analyse van het gezondheidsprobleem – waar doen we het voor?
- Analyse van risicogedrag en risico-omgeving en determinantenanalyse – wat zijn de achtergronden?
- Interventie-ontwikkeling – wat zijn goede methoden, welke doelen zijn haalbaar?
- Implementatie en diffusie van de interventie – bereik van de doelgroep, bestending van effecten.

Stap 1 Start met een gedegen analyse van het probleem

- *Zorg voor goede epidemiologische gegevens over gezondheid en welzijn in de gemeente.*
- *Luister naar de doelgroep, creëer een (of gebruik een bestaand) platform waar burgers kunnen aangeven wat volgens hen de belangrijkste problemen zijn.*
- *Maak gebruik van de ervaringsdeskundigheid van de beoogde doelgroep.*
- *Zorg voor een goede taakverdeling. Deze stap is arbeids-intensief, maar essentieel voor een succesvol vervolg.*

Een eerste stap in de bevordering van gezond leven en de aanpak van gezondheidsverschillen is het uitvoeren van een probleemanalyse. Daartoe moeten enkele min of meer verplichte vragen worden beantwoord:

- Wat is het probleem en hoe groot is het?
- Bij welke beoogde bevolkingsgroep(en) speelt dit probleem en hoe ervaart deze groep het probleem?
- Wat zijn de oorzaken (determinanten) van het probleem en zijn deze oorzaken te beïnvloeden door (gezondheids)beleid?
- Welke rol speelt gedrag bij deze oorzaken en wat zijn de achtergronden van het gedrag?

De GGD kan dergelijke vragen over het algemeen goed beantwoorden. Voor een deel op basis van gegevens die via monitoring in de gemeente of regio worden verzameld, en verder met behulp van gegevens uit de literatuur. Ook de interpretatie van de gegevens vindt in principe plaats door de GGD, eventueel in samenspraak met andere partijen, afhankelijk van de aard van het gezondheidsprobleem. Informatie over gezondheid en determinanten (oorzaken) van gezondheidsproblemen is tegenwoordig zowel op landelijk als lokaal/regionaal niveau te vinden. Landelijke gegevens worden samengebracht in het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

GGD Nederland is in 2002 met verschillende samenwerkingspartners twee projecten gestart op het terrein van gezondheidsmonitoring: de Lokale en Nationale monitor Volksgezondheid en Jeugdgezondheid. Beide projecten hebben tot doel om door GGD'en gebruikte vraagstellingen in enquêtes over gezondheid (leefstijl, gezondheidstoestand en zorggebruik) op elkaar af te stemmen, zodat vergelijkingen tussen GGD'en gemaakt kunnen worden. De Lokale en Nationale monitor Jeugdgezondheid voorziet ook in een standaardisatie van de gegevensverzameling bij JGZ-afdelingen van thuiszorgorganisaties. Het Rijksinstituut

voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zal uit de verzamelde gegevens landelijke cijfers genereren voor het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid. De projecten worden in het voorjaar van 2005 afgerond.

Hoor de doelgroep!

Bij het gebruiken van cijfermateriaal als basis voor gemeentelijk gezondheidsbeleid is het van belang te bedenken dat objectieve cijfers niet overeen hoeven te komen met de beleving van de burgers. Zo kunnen gemeente en GGD overmatig alcoholgebruik in een bepaalde wijk zien als een probleem dat aanpak verdient. Het is echter heel goed mogelijk dat de wijkbewoners hun drinkpatroon vanuit hun cultuur en gewoonten helemaal niet als een probleem zien. Dat betekent dat de kansen op succes van een alcoholpreventieproject in die wijk klein zijn. Participatie van de doelgroep is immers een voorwaarde voor verandering. Veel gemeenten passen het 'horen van de doelgroep' al toe bij het vaststellen van beleid. Zo gebruikt Zaanstad in het kader van de dualisering van het lokaal bestuur diverse instrumenten bij het vergroten van de participatie van burgers bij het beleid. Daarbij kwam onder meer naar voren dat burgers het binnenhuisklimaat als een prioriteit zien voor gezondheidsbeleid.

Inzicht in de leefwereld van de doelgroep en de determinanten van het gezondheidsprobleem bepalen in sterke mate de keuze van de interventies en de manier waarop deze het beste kunnen plaatsvinden. Iedere doelgroep vraagt om zijn eigen benadering. Er is dan ook geen blauwdruk voorhanden voor iets als 'de optimale interventie' voor het bevorderen van gezond leven. Dat is de belangrijkste conclusie uit een gezaghebbend rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine uit 2001. Binnen de bevordering van gezond gedrag moet de 'cocktail' van interventies zo goed mogelijk worden afgestemd op de context van de ontvangende doelgroep. Er is bijna per definitie geen interventie die lijkt op een andere.

In het project 'Nô's Saúde, gezondheidsinterventies vanuit de gemeenschap' – gericht op de gezondheid van Kaapverdianen in Rotterdam – zijn de interventies gebaseerd op zowel objectieve gezondheidsgegevens als op belevingsaspecten van gezondheid en zorg. Een bijzonderheid van dit project is dat het verzamelen van beide soorten gegevens en het presenteren ervan aan de doelgroep en aan professionals is ingezet als strategie om betrokkenheid te genereren. Hieronder staat een korte beschrijving van het project.

De doeltreffendheid van preventie wordt groter naarmate initiatieven vanuit de bevolkingsgroep zelf ontstaan of als de beoogde doelgroep ook als mederegisseur bij de interventie kan worden betrokken. Dat kan zijn in de vorm van vrijwilligers die een bijdrage leveren, maar ook in de vorm van meedenken over vorm en doelen van de interventie. Ook dit laat het project Nô's Saúde zien: de Kaapverdianen zelf speelden niet alleen een rol in de formulering van behoeften, maar bepaalden ook mede welke problemen aangepakt werden en op welke manier.

Nô's Saúde – interventies vanuit de gemeenschap

Het project Nô's Saúde - Allochtone vrouwen en gezondheidsbevordering in de wijk is een communityproject gericht op de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam, uitgevoerd door het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ. Het project wordt gefinancierd door ZonMw. De vragen in het project zijn:

- 1 Hoe hangen specifieke gezondheidsproblemen van migrantengroepen samen met leefstijlen, gedrag en gewoonten van de gemeenschap?
- 2 Via welke interventies worden gezonde leefstijlen binnen migrantengemeenschappen bevorderd en effectief verankerd in deze gemeenschappen?

De ontwikkeling van interventies is in november 2003 gestart. We schetsen kort de verschillende stappen van het project en belangrijke bevindingen uit de al afgeronde fases.

Vorbereiding

De gezondheidssituatie van Kaapverdianen blijkt op een aantal terreinen niet optimaal. Bepaalde groepen Kaapverdianen worden onvoldoende bereikt door instellingen die zich richten op gezondheid (szorg) en welzijn. Bij gezondheidsbevorderende interventies is het juist van belang ook deze groep te bereiken en ervoor te zorgen dat ze de nodige zorg- en hulpverlening weten te vinden. Naast het opsporen van de precieze oorzaken van het buiten de boot vallen van bepaalde groepen Kaapverdianen, is het van belang om intermediairs in te zetten. Zij hebben specifieke kennis én (in)formele netwerken om deze moeilijke bereikbare groep wél te vinden.

Inventarisatie

Met een communityanalyse is de zogenaamde 'sociale infrastructuur' in kaart gebracht. Daarbij is naar de 'draggers' in de gemeenschappen gezocht die in het project een actieve rol zouden kunnen spelen.

De wijze waarop deze migranten hun eigen gezondheid ervaren is onderzocht met behulp van interviews. Deze zijn breed opgezet en gaan over de (ervaren) gezondheid van de geïnterviewden in hun eigen leefsituatie. Ook opvattingen rondom gezond leven, ziekte en welzijn komen aan de orde. Op basis van de interviews zijn zogenaamde 'gezondheidsportretten' geconstrueerd. Dit maakt een wijkbenadering mogelijk die specifiek is dan een benadering waarbij buurt of wijk als 'eenheid' wordt genomen. Door de actieve inbreng van de doelgroep (o.a. via de geïnterviewden) blijven gevonden oplossingen dicht bij de leefwereld van de betrokkenen. Ook kan er steeds aansluiting blijven met de eigen gezondheidscultuur van de Kaapverdiaanse gemeenschap in Rotterdam.

Ontwikkeling van interventies

Waar en hoe kunnen gezonde leefstijlen van Kaapverdianen effectief bevorderd en verankerd worden? De informele sociale verbanden zijn sterk en kunnen een goede ingang zijn voor bijvoorbeeld het informeren van Kaapverdianen over preventie van ziekte. Ook via zelforganisaties kunnen Kaapverdianen worden bereikt als het gaat over het bevorderen van gezonde leefstijlen.

Bij gezondheidsbevorderende activiteiten zijn de sociale verbanden tussen Kaapverdianen bruikbaar. Met name activiteiten of evenementen van zelforganisaties lijken hiervoor geschikt, maar ook het informeren of scholen van sleutelfiguren in de gemeenschap. Deze personen kunnen hun kennis vervolgens doorgeven aan anderen.

Het ontwikkelen van interventies vond plaats in twee lokale conferenties. Hier inventariserden gemeenschapsleden en professionals gezamenlijk de problemen in de gemeenschap. Voor de gesignaleerde problemen werden concrete maatregelen bedacht waaraan de professionals zich committeerden. De 'draggers' uit het eerste deel van het onderzoek speelden bij de conferenties een actieve rol.

Uitkomsten

- Behoeftte aan meer en betere informatie over zorgvoorzieningen; duidelijkere en betere doorverwijzing naar de juiste hulp.
- Meer onderlinge afstemming nodig tussen verschillende hulpverlenende instanties en meer begrip en bekendheid met de culturele achtergrond van gezondheidsproblemen.
- Interventie gericht op versterken van communicatie, dialoog en samenwerking tussen informele hulpverleners/ vertrouwenspersonen en professionele hulpverleners om de toegang tot de zorg en de gezondheidssituatie te verbeteren.
- Wederzijdse beeldvorming van jongeren en oudere Kaapverdianen is problematisch. Daarbij spelen opvoedingsproblemen een belangrijke rol. Er is gekozen voor aansluiting bij het project 'jong geleerd – oud gedaan' van Cabo/Avanço en de 55+ vereniging. Doel van de interventie is het bespreekbaar maken van problemen en onbegrip tussen de verschillende generaties Kaapverdianen aan de hand van een film die in het kader van deze interventie gemaakt wordt.

(Bron: De Gruijter, 2003)

Stap 2 De zoektocht naar oorzaken van het probleem

- Laat de oorzaken achter het (gezondheids)probleem vaststellen.
- Besef dat deze oorzaken vaak zeer divers zijn en voor een belangrijk deel in de 'omgeving' liggen.
- Zorg dat ook andere sectoren dan de gezondheidssector zich bewust worden van het feit dat zij een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de gezondheid.

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw is een revolutie opgetreden rondom gezondheidsbevordering en preventie. Het befaamde Lalonde Report (Lalonde, 1974) introduceerde leefstijl als een onafhankelijke factor naast andere belangrijke oorzaken van gezondheidsproblemen, zoals biologische en erfelijke factoren, fysieke en sociale omgeving (bijvoorbeeld woonomgeving, materiële factoren, milieu, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid) en de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Het rapport stelde vast dat echte vooruitgang op het terrein van welvaartsziekten als hart- en vaatziekten en kanker vooral bereikt kon worden door veranderingen in de leefstijl van burgers. De stelling was dat het niet voldoende is om mensen via gezondheidsvoorlichting te vertellen hoe zij hun leefstijl kunnen verbeteren, maar dat ook de omgevingsfactoren aangepakt moeten worden om daarmee de gezondheid te bevorderen. Het rapport introduceerde daarmee het begrip 'gezondheidsbevordering'. Je kunt mensen wel duidelijk maken dat voldoende bewegen een belangrijk middel is om gezond oud te worden, maar je zult ze tegelijkertijd in staat moeten stellen om daadwerkelijk in beweging te komen. Dat kan door goed bereikbare en voor iedereen toegankelijke sportfaciliteiten te verzorgen, door in wijken voldoende 'bewegingsruimte' te creëren, door fietsroutes

veilig en aantrekkelijk te maken en te houden, kortom; door het credo 'making the healthy choice the easy choice' waar te maken.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1986) hanteert de volgende definitie voor gezondheidsbevordering:

'Gezondheidsbevordering' is het proces waarbij individuen, groepen of gemeenschappen in staat worden gesteld meer greep te krijgen op de determinanten van hun gezondheid, om zo hun gezondheid te verbeteren'.

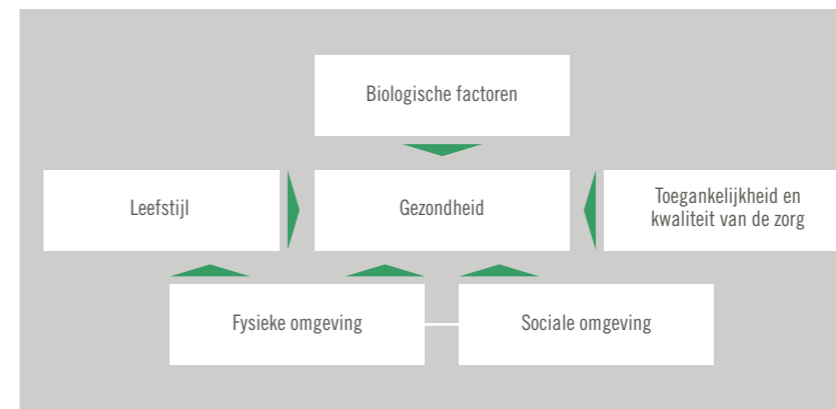
Werken volgens deze definitie vereist dat interventies niet 'van bovenaf' worden opgelegd, maar dat er een beleid wordt gevoerd, waarbij een fysieke en sociale omgeving (bijvoorbeeld woonomgeving, gezin, werksituatie) wordt gecreëerd die burgers meer 'controle' geeft over hun omgeving en op die manier ook op hun eigen gezondheid.

Lalonde gaf het al aan, en het is sindsdien nog talloze keren bevestigd in lijvige rapporten: de oorzaken (determinanten) van gezondheidsproblemen kunnen zeer divers zijn (zie figuur 1). De determinanten die door gezondheidsbeleid in principe te beïnvloeden zijn, worden vaak ingedeeld in:

- a leefstijl; deze categorie omvat de BRAVO-thema's, namelijk bewegen, roken, alcoholgebruik, veilig vrijen, voeding, veiligheid en ontspanning;
- b de sociale omgeving c.q sociale kwaliteit van de Nederlandse samenleving; deze categorie heeft betrekking op de volgende settings: thuis, werk, school en buurt;
- c de fysieke omgeving; binnen deze categorie gaat het om aspecten als water, lucht, bodem, geluid/geur, externe veiligheid, inrichting leefomgeving en binnenmilieu;
- d de toegankelijkheid (bereikbaarheid en betaalbaarheid) en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er nog de biologische factoren (de erfelijke aanleg), die niet door gezondheidsbeleid te beïnvloeden zijn.

Figuur 1 De oorzaken van gezondheidsproblemen (naar Lalonde, 1974)



Oorzaken van gezondheidsverschillen

Waardoor ontstaan gezondheidsverschillen? Uit de rapporten die daarover zijn verschenen sinds het 'Black Report' (in Groot-Brittannië, 1980) kan een schema worden opgesteld, dat is gepresenteerd in het eindrapport van de tweede programmacommissie SEGV, de commissie Albeda (zie figuur 2). Gezondheidsverschillen ontstaan doordat de maatschappelijke gelaagdheid in sociaal-economische status (naar opleiding, inkomen en beroep; nummer 1 in figuur 2) zich vertaalt in een ongelijke verdeling in de determinanten van gezondheid (nummer 2). Zo hebben personen met een lage sociaal-economische status (SES) gemiddeld gezien een ongezonder leefpatroon en leven ze vaker in een ongunstiger sociale en fysieke omgeving. Ook hier komen de determinanten van Lalonde weer terug.

Figuur 2 Aangrijpingspunten bij het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (naar: Albeda, 2001).



De 'scheve' verdeling in determinanten van gezondheid leidt tot een ongelijke verdeling, waarbij de slechtere toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorg, zoals die door groepen met een lage SES wordt ervaren, een nieuw knelpunt oplevert (nummer 3 in figuur 2). Tenslotte kan de aanwezigheid van gezondheidsproblemen op zijn beurt leiden tot terugval in sociaal-economische status doordat mensen minder kans maken om te klimmen op de maatschappelijke ladder (de pijl terug in figuur 2).

Te denken valt aan chronisch zieke kinderen die vanwege hun ziekteverzuim tijdens de schoolperiode al starten met een achterstand op de arbeidsmarkt als er geen actie wordt ondernomen om deze achterstand op te vangen.

Gezond gedrag neemt een belangrijke plaats in als het gaat om de bevordering van gezond leven én bij de aanpak van gezondheidsverschillen. Maar hoe bevorderen we gezond gedrag? Als we kijken naar de ongunstige trends in leefstijlfactoren in de afgelopen 10 jaar, zijn we daarin niet bijzonder succesvol geweest. Een belangrijke reden daarvoor is dat we onvoldoende aandacht hebben geschonken aan de achtergronden van het gedrag van specifieke bevolkingsgroepen.

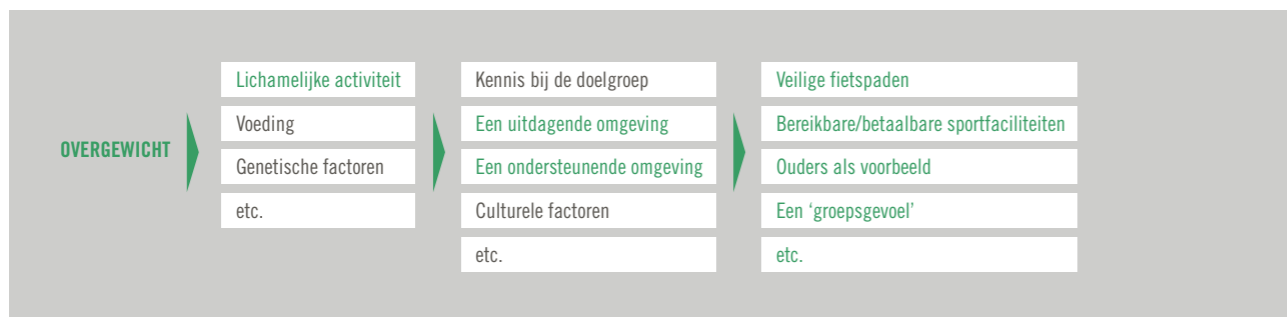


Wat zit er achter overgewicht?

Het aantal mensen in Nederland met overgewicht is de laatste tijd schrikbarend gestegen. Overgewicht komt bij ongeveer 40% van de volwassenen en tussen 7% en 16% van kinderen en jongeren voor. Dit is een ernstig probleem, omdat er een verband is met veel gezondheidsrisico's zoals hart- en vaatziekten en suikerziekte. Het ministerie van VWS heeft al gewezen op het gevaar dat overgewicht zich ontwikkelt tot 'volksvijand nummer 1' op het gebied van de gezondheid. Er zijn verschillende risicogroepen aan te wijzen. Zo blijkt dat de prevalentie van overgewicht het meest stijgt bij personen tussen de 20 en de 40 jaar. Dit komt vooral omdat mensen in deze leeftijdscategorie minder lichamelijk actief worden. Kinderen en jongeren zijn ook een risicogroep. Als zij op jonge leeftijd al overgewicht hebben, is de kans op overgewicht op volwassen leeftijd veel groter. Overgewicht 'zet zich vast' in het lichaam en succesvol afvallen blijkt nog moeilijker dan stoppen met roken. Ouderen van 65 jaar en ouder vormen ook een risicogroep, omdat in deze groep relatief veel lichamelijk inactieven voorkomen. Ook lager opgeleiden en allochtonen behoren tot de risicogroep voor het ontwikkelen van overgewicht. Zij eten gemiddeld gezien minder groente en fruit en zijn lichamelijk minder actief.

Onvoldoende bewegen en ongezonde voeding zijn belangrijke oorzaken van overgewicht. Voor het beïnvloeden van deze oorzaken is op tal van achterliggende factoren ontwikkeling van beleid mogelijk. Het gaat bij het bevorderen van voldoende bewegen bijvoorbeeld om de inrichting van de woonomgeving en de mogelijkheden op de werkplek, op school en in de wijk of regio. Stimuleren van fietsen en lopen (in plaats van autogebruik) is belangrijk. Bewegen moet voordelen opleveren (vermijden van parkeerproblemen, fiscale stimulering voor fietsgebruik en bewegingsprogramma's bij bedrijven) en de enige of eerste keuze zijn (niet de roltrap, maar de gewone trap staat in het gebouw centraal). Bij het stimuleren van mensen om gezonder te eten is het van belang om informatie te geven over de risico's van ongezonde voeding. Er is bij veel mensen nog steeds een groot gebrek aan kennis op dat gebied. Een groot deel van de burgers denkt eigenlijk dat ze 'het wel goed doen' en dat met name de buurman/buurvrouw ongezond eet. Ook hier gaat het weer om de omgeving die uitnodigend moet zijn om gezond gedrag te vertonen. Dus: geen snackbar naast de middelbare school, wél ondersteuning voor fruitprojecten op basisscholen. Een andere optie is het inschakelen van supermarktketens (gezonde producten op ooghoogte in de schappen) in het kader van 'verantwoord ondernemen'.

Bovenstaand voorbeeld over overgewicht maakt duidelijk dat bij iedere vastgestelde oorzaak van een gezondheidsprobleem de vraag moet worden gesteld 'welke factoren zitten er achter die oorzaak'? Deze zogenaamde determinantenanalyse levert trapsgewijs inzicht in de aanknopingspunten voor interventies. Zo is bij het voorbeeld van overgewicht in relatie tot lichamelijke activiteit de volgende 'trap' voorstelbaar:



Wat bepaalt ons gezondheidsgedrag? Een belangrijke rol speelt natuurlijk de kennis. Wat weten we over de consequenties van ons gedrag? Vervolgens is onze persoonlijke houding belangrijk. Vinden we dat we ons gedrag zouden moeten veranderen? De mate waarin we onszelf in staat achten ons gedrag te veranderen is een belangrijke 'voorspeller' voor het succes van alle goede bedoelingen om mensen te overreden tot gezond leven. Verder is er natuurlijk de sociale omgeving (de invloed van familie, vrienden et cetera) en de fysieke omgeving (wat valt het eerst op in de ontvangsthal van een groot gebouw: de trap of de lift?). Er zijn nog tal van andere determinanten van gedrag en gedragsverandering op individueel en omgevingsniveau, zoals culturele factoren en gewoonten. De kennis over deze 'achtergronden van gedrag' is van belang om de volgende stap te kunnen zetten richting interventies. Het soort interventie waarmee we iets aan het gezondheidsprobleem of aan de gezondheidsverschillen willen doen is immers afhankelijk van de oorzaken en achtergrondvariabelen die aan het probleem ten grondslag liggen. Wat in ieder geval duidelijk mag zijn is dat de beleidsdoelen op het terrein van gezond leven en gezondheidsverschillen alleen zijn te bereiken door inzet op alle oorzaken van het probleem. Om die oorzaken op te sporen is samenwerking tussen GGD'en en onderzoekers op het terrein van intersectoraal beleid nodig.

Stap 3 Het vaststellen van de meest geschikte interventie

- *Stel een samenhangende set van interventies samen.*
- *Stap nú al naar de partijen en sectoren die een belangrijke rol spelen in het beïnvloeden van de oorzaken van het gezondheidsprobleem. Zij zijn belangrijke partners in het ontwikkelen van interventies.*
- *Zoek naar win-win situaties. Dat versterkt niet alleen het draagvlak, maar verhoogt ook de kansen op succes.*
- *Iedere doelgroep vereist zijn eigen benadering. De beste informatie over wat die benadering zou moeten zijn verkrijgt je uit de doelgroep zelf.*

Als duidelijk is geworden wat de te beïnvloeden determinanten van het gezondheidsprobleem zijn of via welke determinanten iets aan de gezondheidsverschillen kan worden gedaan, wordt het tijd om een interventieplan op te stellen dat de meeste kans biedt op goede resultaten. Over dit onderwerp is veel geschreven, zowel in de Nederlandse als in de internationale literatuur. Aan de hand van een paar voorbeelden zetten we enkele belangrijke aanbevelingen uit die literatuur op een rij.

DE COCKTAIL TEGEN ROKEN

Alleen een gecombineerde aanpak werkt

Uit een overzicht van de literatuur op het gebied van rookpreventie bij jongeren wordt duidelijk dat afzonderlijke maatregelen weinig doeltreffend zijn gebleken. Alleen van een combinatie van verschillende interventies mag effect op het aantal rokende jongeren worden verwacht. De uitzondering hierop is een prijsverhoging. Die leidt wel tot een afname van de consumptie van sigaretten, ook als de maatregel niet wordt gecombineerd met andere vormen van preventie.

Massamediale voorlichtingscampagnes werken alleen als er tevens een volledig reclameverbod voor tabaksproducten is. Van een reclameverbod in isolatie mag geen sterk effect op de jongeren worden verwacht. Verkoopbeperkingen hebben zonder combinatie met andere interventies (voorlichting op school, reclamebeperkingen) weinig of geen direct effect op rookgedrag.

Schoolprojecten vergen een lange adem

Voorlichting via scholen levert weliswaar op korte termijn effecten op, maar om deze effecten te behouden is jaarlijkse herhaling van het programma nodig. Sinds 1998 loopt de 'Operatie Tegengif', bedoeld om scholieren van het VMBO zoveel mogelijk van het roken af te houden. Uit effectonderzoek door TNO blijken de voorlichting en de klassikale niet-roken wedstrijd in staat om de sociale druk in een klas om te gaan roken te doorbreken. Vergeleken met een controlegroep was er een duidelijk effect op het (weer) starten met roken bij de jongeren.

Het terugdringen van het roken onder jongeren blijft bijzonder moeilijk. Alleen met een combinatie van maatregelen met een continu karakter kun je investeren in een (verre) rookvrije toekomst. Om het acute probleem van het grote aantal rokers in Nederland en de door roken veroorzaakte sterfte aan te pakken, moet preventie zich vooral op de volwassen rokers richten. Ook hier geldt dat alleen meersporenbeleid, inclusief (gratis) stopondersteuning (onder andere in de vorm van hulpmiddelen) effectief is.

Beter een advies-op-maat

Goede resultaten zijn te bereiken met het advies-op-maat. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de ontvanger zichzelf in het advies herkent. Hierdoor neemt de betrokkenheid toe. Het advies is afgestemd op de persoonlijke situatie van de voor te lichten persoon en de informatie in het advies kan ook daartoe beperkt blijven. Ook mensen met een lagere opleiding waarderen en gebruiken een dergelijke persoonlijk gericht advies goed.

(Bron: Willemsen, 2002; Brug et al., 2002).

Aanpak in de volle breedte

Het voorbeeld over roken maakt duidelijk dat met name een meersporenbeleid vruchten afwerpt op het terrein van gedragsverandering. Bevorderen van gezond leven kan dus het beste op een integrale manier worden aangepakt. Welke ingrediënten in de cocktail van interventies worden opgenomen is afhankelijk van de doelgroep. Door in het gehele traject van een interventie aandacht te besteden aan de wensen van de doelgroep, kunnen de verschillende onderdelen zo goed mogelijk worden toegespitst op de (sub)doelgroepen. Het is belangrijk initiatieven van bewoners te stimuleren en te honoreren. Naast de afstemming van interventies op de specifieke behoeften van de doelgroep is het creëren van een ondersteunende, verleidende en (in het bijzonder voor de doelgroep ouderen) stabiele omgeving van belang. Individueel maatwerk in combinatie met een persoonlijke benadering kan de doeltreffendheid nog verder verhogen en heeft als belangrijke meerwaarde dat deze aanpak ook effectief is in de vaak moeilijk bereikbare lage SES-groep.

Het bereiken van de doelgroep

Veel aandacht is nodig voor het bereiken van de doelgroep. Veel meer dan tot nu toe gebeurt, kan daarbij gebruik worden gemaakt van professionals die al een (vertrouwens)relatie hebben met de doelgroep. Daarbij kun je denken aan opbouwwerkers, welzijnswerkers, arbo-medewerkers, praktijkverpleegkundigen et cetera. De groep ouderen is soms moeilijk bereikbaar voor gezondheidsbevorderende activiteiten. Er zijn slechts beperkte mogelijkheden om aan te sluiten bij bestaande netwerken. De thuissituatie biedt de beste mogelijkheden om met hen in contact te komen. Seniorenvoorlichters kunnen een belangrijke rol spelen in de voorbereiding en uitvoering van huisbezoeken en daarop aansluitende voorlichtingsbijeenkomsten. Het middel van huisbezoeken wordt op steeds bredere schaal toegepast, en meestal met goede resultaten.

Zo worden in het GALM-project (Groningen Actief Leven Model) senioren persoonlijk aan huis benaderd over deelname aan een bewegingsprogramma. Het succes van deze benadering heeft ervoor gezorgd dat deze methode nu ook in veel andere steden in Nederland wordt toegepast. In Heerenveen voert de stichting Caleidoscoop het project huisbezoek ouderenvoorlichting uit. Tijdens huisbezoeken komt aan de orde welke voorzieningen er zijn op het gebied van welzijn, wonen en zorg. Uit ervaring was gebleken dat het 'ondergebruik' het gevolg was van onvoldoende kennis over de mogelijkheden. In Almere loopt met 'Grijs Genoegen' een vergelijkbaar project. Onderzoek bij lage SES-groepen (inclusief allochtonen) levert tal van handige tips op. Schriftelijk materiaal werkt vaak niet goed, de 'persoonlijke' benadering wel. Er is soms een sekse-gescheiden aanpak nodig en als het mogelijk is kunnen zelforganisaties en sleutelfiguren uit de doelgroep goede diensten bewijzen. Al jaren is bekend dat voorlichting in de eigen taal (VETC) een effectieve methode is bij allochtonen. Allochtonen plaatsen hulpverleners vaker op een voetstuk dan autochtonen en vinden het daarom moeilijker om een vertrouwensrelatie met hulpverleners op te bouwen. Soms zijn culturele evenementen goede 'ingangen' om in contact te komen met de doelgroep. De doelgroep jongeren vraagt weer een andere benadering die persoonlijke voorlichting en actie combineert, bijvoorbeeld in de vorm van sportieve activiteiten. Een mooi voorbeeld hiervan is het WhoZnext project (zie www.whoZnext.nl). Jongeren bereik je het beste in een voor hen vertrouwde omgeving. Het is makkelijker om hen bij een programma te betrekken als sleutelfiguren uit hun sociale netwerk er ook aan meedoen.



Jongeren bewegen jongeren

WhoZnext wil ervoor zorgen dat jongeren meer invloed krijgen op sportgebied. In alle hoeken van het land worden whoZnext-teams gevormd (zie 'landkaartje' op homepage) die van alles en nog wat doen op sportgebied. In elk whoZnext-team zitten jongeren die zelf al successen hebben geboekt. Handig, want zij weten dus hoe het werkt! Op elke teampagina van de website staan interviews met de teamleden en foto's en verhalen van hun activiteiten. Om nog meer ideeën op te doen is een aantal 'voorbeeldacties' op een rijtje gezet. Naast de succesverhalen kunnen jongeren zich aanmelden op het 'forum'. Hier kan men lezen hoe ver de teams zijn en er worden ook ideeën en vragen uitgewisseld.

COSTA DEL DRENTHE?! EEN VOORBEELD.

“De zee kun je niet zien vanuit Dwingeloo, maar we hebben hier wel mooi drie velden voor beachvolleybal. Die heeft de gemeente voor ons aangelegd en daarop geven wij als meiden van Girl Power iedere week training aan een groep jonge meiden, die al bijna net zo fanatiek zijn als wijzelf. Eerst waren het er maar een paar, en nu al meer dan veertig! Zelfs de jongens komen nu vragen of ze mee mogen doen.

Wij speelden altijd al zaalvolleybal, maar in de zomer ligt dat stil. Dan is er geen competitie en dan kunnen we ook niet trainen. Wij wilden graag ook in de zomer spelen en zijn toen in het zwembad begonnen met beachvolleybal. De gemeente had op de speelweide al een klein veldje aangelegd met een net, en daar zijn wij met vijf meiden begonnen met ons eigen clubje Girl Power.

Steeds leuker

Wij vonden beachvolleybal al snel steeds leuker en wilden het eigenlijk wel gaan promoten, zodat meer meiden het zouden gaan doen. Daarom zijn we op het veldje zelf trainingen gaan geven aan jongere meiden. Al snel waren we met zoveel dat het veldje te klein werd. De gemeente heeft er toen twee velden bijgemaakt, zodat we genoeg ruimte hebben en zelfs toernooien kunnen spelen.

Dwingeloo verovert de wereld

Doordat beachvolleybal in Dwingeloo en de dorpen eromheen zo snel populair is geworden, kregen we de smaak echt te pakken. Dat moest op andere plekken toch ook lukken. Dus hebben we afgelopen zomer op Texel een week op een camping gestaan waar we iedere dag training hebben gegeven en demonstratiewedstrijden hebben gespeeld. Iedereen vond het hartstikke leuk en wij leren er ook veel van. Dus wij gaan door.”

WhoZnext?

(Bron: www.whoznext.nl)

Wat werkt bij het verminderen van gezondheidsverschillen?

Ook de interventies ter vermindering van gezondheidsverschillen vragen om 'cocktails'. In het algemeen geldt dat mensen met een lage sociaal-economische status (SES) moeilijk te bereiken zijn via de bestaande traditionele gezondheidscampagnes. Om hierin verandering te brengen moeten de campagnes zich meer op deze groepen richten en bijvoorbeeld plaatsvinden in de wijken waar veel mensen met een lage SES wonen. Daarnaast geldt ook hier dat maatwerk, vooral door de 'persoonlijke noot', goed aansluit bij de groep met een lage SES.

In het eindrapport van de programmacommissie SEGV II (Albeda, 2001) worden vier aangrijpingspuntenpunten voor het verminderen van SEGV genoemd:

- 1 Verkleinen van verschillen in SES, bijvoorbeeld in opleiding, inkomen en beroepsklasse.
- 2 Verkleinen van sociaal-economische verschillen in blootstelling aan ongunstige determinanten van gezondheid zoals materiële, psychosociale en gedragsfactoren.
- 3 Verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en aanbieden van extra curatieve gezondheidszorg aan achterstandsgroepen ter compensatie van de ongunstiger omstandigheden.
- 4 Verminderen van de invloed van gezondheidsproblemen op opleiding, inkomen en beroepsklasse.

Zoals gezegd zal het beleid van gemeenten zich moeten richten op meerdere aangrijpingspunten om tot daadwerkelijke en méétbare effecten op het terrein van gezondheidsverschillen te komen. De interventies die we bij de hierboven genoemde aangrijpingspunten onderscheiden, beperken zich niet tot het veld van de gezondheidszorg. Zo wonen groepen met een lagere sociaal-economische status vaak in minder 'prettige' wijken. Ze hebben een minder goede opleiding en vaak minder gunstige werkomstandigheden en krijgen vaak weinig steun van hun omgeving. Kortom, ze profiteren minder van de welvaart in Nederland en hebben minder kans om een stapje hoger te komen op de maatschappelijke ladder.

Stel dat we iets willen veranderen aan het feit dat verschillen in opleiding en inkomen verantwoordelijk zijn voor de ongelijke verdeling van gezondheid. Beleid dat daar iets aan kan doen valt onder het armoedebeleid, onderwijsbeleid en inkomensbeleid (aangrijpingspunt 1).

Tegelijkertijd is het van belang om ook de 'scheve' verdeling in gezondheidsbevorderende factoren (bijv. een gezonde woning en woonomgeving, een goed sociaal netwerk, een gezonde leefstijl en een goed toegankelijke gezondheidszorg) aan te pakken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verbeteren van de woonomgeving in achterstandswijken, zodat mensen zich daar prettiger, veiliger en meer thuis voelen. Het stimuleren van meer buitenspelen door jonge kinderen om zo iets aan het groeiende probleem van overgewicht te doen, is niet alleen een kwestie van voorlichting aan ouders en kinderen en het is ook niet opgelost met meer speelgelegenheid in de wijk. Het wordt pas doeltreffend als ouders en kinderen het gevoel hebben dat ze daar ook veilig kunnen spelen en dat die veiligheid niet wordt afgedwongen door een patrouillerende politiemacht, maar dat het veiligheidsgevoel is ontstaan uit een toegenomen sociale cohesie. Dat begrip kunnen we als volgt vertalen:

- bewoners delen gemeenschappelijke waarden;
- er is sprake van enige sociale controle;
- bewoners zijn onderling afhankelijk van sociale netwerken;
- er bestaat vertrouwen in de andere bewoners;
- er is bereidheid met elkaar te zoeken naar oplossingen voor collectieve problemen.

Diverse sectoren met een impact op gezondheid

Zowel voor het stimuleren van gedragsverandering als voor het verminderen van gezondheidsverschillen is beïnvloeding van de sociale en fysieke omgeving van belang. Een 'gezonde omgeving' vraagt samenwerking van verschillende partijen en sectoren, bijvoorbeeld tussen GGD, welzijnswerk, onderwijs en sportverenigingen. In het reeds beschreven voorbeeld over bewegen in relatie tot overgewicht liggen welzijn en gezondheid dicht bij elkaar. Maar ook de sectoren ruimtelijke ordening, huisvesting en justitie spelen een belangrijke rol bij een 'omgevingsgerichte' benadering. Juist op lokaal niveau kan een intersectorale aanpak goed gestalte krijgen. De lijnen tussen de verschillende beleidssectoren zijn hier korter en samenwerking is daardoor beter te realiseren.

Er komen steeds meer goede voorbeelden van intersectorale samenwerking die daadwerkelijk iets kunnen betekenen voor de verkleining van gezondheidsverschillen. Zo is het alom geroemde 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten' een mooi voorbeeld van de samenwerking tussen lokale gezondheidsbevordering en schuldhulpverlening. Als onderdeel van de budgetteringscursus 'Rondkomen met inkomen' staan twee bijeenkomsten in het teken van goede en betaalbare voeding. Een diëtiste geeft in een 2 uur durende bijeenkomst o.a. uitleg over gezond eten, het vergelijken van producten, smaaktesten en goedkoop winkelen. Er is ook een supermarktrondleiding waarin mensen leren etiketten te lezen en concreet producten te vergelijken op prijs en kwaliteit. Het Team Integrale Schuldhulpverlening verzorgt de budgetteringscursus binnen de gemeente Maastricht. De voedingsbijeenkomsten, ontwikkeld door de GGD Zuidelijk Zuid Limburg, zijn er een structureel onderdeel van geworden.

Zoeken naar win-win situaties

Een intersectorale aanpak vraagt durf en creativiteit, ook van de gemeentebestuurder. Het is zinvol om te zoeken naar situaties die voor meerdere partijen 'winst' opleveren. Iedere sector streeft zijn eigen doelen na en de kunst is dus win-win situaties te bedenken waarbij ook de gezondheid als winnaar uit de bus komt. Er zijn vaak meer van dit soort win-win situaties dan in eerste instantie wordt gedacht. Het NIGZ-rapport 'Gezondheidswinst door gemeentelijk beleid' geeft een groot aantal kansen aan voor gemeentelijke beleidsmaatregelen buiten de sector volksgezondheid, die kunnen bijdragen aan het verkleinen van SEGV en het bevorderen van gezond leven. Hierna volgt de beschrijving van een van die kansen: 'bouwen voor gezondheid'.

GEZOND BOUWEN EN WONEN

Wonen en bouwen is al lange tijd een belangrijk aandachtsgebied in de volksgezondheid. Aan het eind van de 19e eeuw brachten de zogenoemde Hygiënisten de slechte woonomstandigheden op de politieke agenda. Met de invoering van de Woningwet (1901) werden eisen gesteld aan o.a. hygiëne en luchttoevoer. Daardoor is veel gezondheidswinst geboekt, met name voor de lagere sociaal-economische groepen. Bij 'Bouwen voor gezondheid' staan gezondheidsbevordering en het voorkomen van ziekten centraal bij het bouwen en beheren van gebouwen en de gebouwde omgeving. Voor het bespreken van interventies binnen dergelijke programma's is aansluiting van en afstemming met de bouwwereld en de gezondheidswereld noodzakelijk. Interventies dienen te worden geordend naar planningsfase en bouw/woon Thema. Binnen de planningsfase kunnen respectievelijk de volgende fasen worden onderscheiden: locatiekeuze, stedenbouw en wijkinrichting, woningontwerp en gebruik en beheer. Door deze fasen vervolgens te combineren met gezondheidsgerelateerde interventies is het mogelijk gedurende het planproces prioriteiten te stellen.

Wat is de rol van de gemeente?

De gemeente moet de balans vinden tussen:

- Faciliteren en regisseren van inrichtingsvraagstukken met het oog op een gezonde samenleving (ruimte geven aan de spelers in het veld);
- Normen en regels stellen voor gezondheid in relatie tot stedelijke inrichting en de handhaving daarvan (het begrenzen van de speelruimte). Het eerste heeft te maken met het verhogen van de kwaliteit van het stedelijk leefmilieu: de gemeente als aantrekkelijke plek om zich te vestigen. Het tweede gaat om het beschermen van het stedelijk leefmilieu en is aan de orde wanneer de gezondheid direct in het geding is. Voor het behouden van de juiste balans zijn actuele gegevens en gezondheidskennis op het gebied van bouwen en wonen nodig. Daarbij is er uiteraard veel samenwerking met de GGD. Bovendien is communicatie met de burgers essentieel, waaronder communicatie met kwetsbare groepen.

Het voorbeeld van de GGD Zuid-Hollandse Eilanden

In het project 'Bouwen voor gezondheid' bij de GGD Zuid-Hollandse Eilanden is gewerkt aan:

- het verzamelen van demografische onderzoeksgegevens;
- een workshop met deskundigen uit diverse richtingen van de medische milieukunde- en gezondheidszorgsector binnen de GGD;
- een adviesrapport. Hiervoor is het betreffende (her)inrichtingsplan aan verschillende disciplines voorgelegd. Op deze manier komt een scala van aandachtspunten naar voren die aansluiten op de specifieke situatie van de locatie, het bouwplan en de betrokkenen.

Een greep uit de mogelijkheden voor gemeenten op het terrein van gezond bouwen en wonen:

- 1 Extra groenvoorziening voor schone lucht en een gezond gevoel. Het is aangetoond dat het wonen nabij snelwegen een negatief effect heeft op de gezondheid en vooral op de luchtwegen. De gemeente kan dit probleem verminderen door te zorgen voor extra 'groene longen' in de vorm van bomen of ander groen. Groen in de woonwijk is ook van belang voor het welbevinden en het zich gezond voelen. Dat moet niet alleen kijkgroen zijn, maar ook gebruiksgroen: speelweiden, trapvelden, wandelparken, moestuincomplexen en barbecuevelden. Een minpunt van extra groenvoorziening is dat dit het gevoel van sociale veiligheid in gevaar kan brengen door minder overzicht en minder sociale controle. Door het verlichten van openbare ruimten en het verbeteren van zichtlijnen door het snoeien van groen kunnen de gemeenten sociale veiligheid vergroten.
- 2 Renoveren en 'opplussen' van woningen in achterstandswijken. Uit het RIVM-rapport 'Gezondheid in de grote steden' blijkt dat het renoveren van achterstandswijken een positief effect kan hebben op gezondheidsaspecten in de wijk. Dit moet echter niet betekenen dat er een uitstroom plaatsvindt van de meest kansarmen uit de wijk in verband met hogere huren van gerenoveerde woningen.
- 3 Extra zorg voor het binnen- en buitenmilieu. Een flink aantal woningen met een lage huur heeft geen centrale verwarming en sinds de 'kierenjacht' van de jaren '70 en '80 is de ventilatie-mogelijkheid beperkt tot het openzetten van ramen en deuren. Extra voorlichting over het gezondheidsbelang daarvan is nodig. Gemeenten kunnen daarover afspraken maken met woningcorporaties en voorlichtingsinstellingen zoals de GGD of de Thuiszorg. Het buitenmilieu is ook van invloed op het ventileren. Als mensen de buitenlucht als ongezond ervaren, bijvoorbeeld door geur van agrarische bedrijven, verkeer of fabrieken, zullen ze minder ventileren. In die gevallen is het mogelijk de woningcorporaties te vragen om ventilatiefilters te plaatsen.

(Bron: Nijboer & Alting, 2003)

De gezondheidssector kan nog veel beter dan tot nu toe gebruik maken van wederzijdse win-win situaties die er liggen binnen en tussen sectoren. Voorbeelden zijn het terugdringen van werkloosheid, armoedebestrijding en de verkleining van uitval uit het onderwijs. Zo blijkt dat 60%

van de cliënten in de bijstand blijft 'hangen' vanwege gezondheidsproblemen en de manier waarop ze daarmee omgaan. Gemeenten zijn vanaf 1 januari 2004 financieel geheel verantwoordelijk voor de bijstand. Hier liggen kansen voor gezondheidsbevordering.

WERK & AANDACHT

Werk & Aandacht is een leerwerktraject voor langdurig werkloze en (zeer) moeilijk naar werk bemiddelbare vrouwen. Hoofdoel is de bevordering van hun maatschappelijke participatie. Dit kan betaald werk, vrijwilligerswerk, vorming of opleiding en/of deelname aan een hulpnetwerk zijn. Het gaat om een intensief programma van 24 les- en stage-uren per week gedurende 5 ½ maand. Er wordt niet alleen aandacht besteed aan eisen die door werkgevers of andere organisaties worden gesteld om te mogen participeren, maar ook aan gezondheid.

Het lesprogramma besteedt wat gezondheid betreft vooral aandacht aan de leefgewoonten en psychosociale competenties van de deelnemers. De keuze hiervoor is gebaseerd op onderzoek naar de variabelen die het verband verklaren tussen sociaal-economische en gezondheidsverschillen. De deelnemers tot 2000 waren gemiddeld 32 jaar oud. Tweederde was moeder en van hen stond driekwart er alleen voor. De meesten waren laag opgeleid en de helft had geen werkervaring. Verder was viervijfde van allochtone herkomst. Wat betreft hun gezondheid viel op dat een vijfde van de vrouwen slachtoffer was van geweld en dat eenderde in de ogen van de cursusleiders ernstig belemmerd werd door psychosociale competenties.

Binnen een jaar na de intake was tweederde van de deelnemers maatschappelijk actief in bovengenoemde zin. Tegelijkertijd was ook hun psychosociale competentie toegenomen en voelden zij zich beter. De gehanteerde indicatoren van psychosociale competentie zijn life satisfaction, tevredenheid met sociale contacten, locus of control, probleemgerichte coping en het hebben van een realistisch zelfbeeld, ook van de eigen gezondheid.

De conclusie luidt dat de aanpak van dit leerwerktraject geslaagd is. De praktijk laat zien dat het mogelijk en zinvol is om activering en arbeidstoeleiding te verbinden met gezondheidsbevordering. Dit zou ook op beleidsniveau tot uiting moeten komen in een koppeling met collectief preventiebeleid. Verder demonstreert deze casus dat onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen behulpzaam kan zijn bij de ontwikkeling en evaluatie van dergelijke interventies.

(Bron: Tenhaeff, 2001)

Het project 'Begeleiden door de jeugdarts van leerlingen met ziekteverzuim' van de GGD West-Brabant is een mooi voorbeeld van de manier waarop een project voor het tegengaan van voortijdige schooluitval ook 'winst' kan opleveren op het terrein van gezondheid. Een goede begeleiding van kinderen met een hoger schoolverzuim vanwege gezondheidsklachten gaat onderwijsachterstanden in deze groep tegen, zodat de kinderen betere kansen behouden op een goede positie op de maatschappelijke ladder.

Doelgroep of producent?

Uit diverse rapportages over gezondheidsbevordering in binnen- en buitenland en uit praktijkervaringen op het terrein van gezondheidsverschillen valt te concluderen dat met name programma's doeltreffend zijn, waar de doelgroep bij de opzet- en de uitvoeringsfase is betrokken om de problematiek en de mogelijke oplossingen te formuleren.

Participatie van alle betrokkenen kan belangrijke informatie verstrekken over (achtergronden bij) de gezondheidsproblematiek en over de manier waarop de doelgroep het best te bereiken is. Kortom, benader de doelgroep niet enkel als consument, maar ook als medeproducent van lokale gezondheidsbevordering. In onderstaand kader wordt dat nog eens benadrukt.

IS GEZONDHEID DE BOODSCHAP OF IS GEZONDHEID DE VRAAG?

We weten inmiddels van alles over gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen, over gezondheidsachterstanden in sommige buurten en het feit dat de wijk niet alleen de vindplaats, maar ook de oorzaak is van gezondheidsverschillen. Maar wat weten we eigenlijk over de beleving van gezondheid door de burgers? Er zijn verschillen in hoe burgers omgaan met ziekte en gezondheid en in de manier waarop ze gebruik maken van (zorg)voorzieningen. Of mensen gezondheid zien als een na te streven doel hangt samen met hun 'cultuur'. Een veel gebruikte indeling is:

- Individualistisch: weinig gevoeligheid voor gezond gedrag en gezonde leefregels ('de junk');
- Fatalistisch: sterke sturing door regels voor gezond leven en sterk besef van de ziekenrol (de gehospitaliseerde patiënt);
- Hiërarchisch: sterke oriëntatie op heersende uitgangspunten, gebondenheid aan de groep met deze waarden ('de oppassende burger');
- Egalitair: afstand van gangbare principes van de gezondheidszorg, sterke groepsbinding ('de onbeheerste arbeider');
- Autonoom: onttrekken aan de samenleving en aan gezondheidsnormen, geen groepsbinding ('de alternatieveling').

Binnen een wijk of gemeenschap komen al deze gezondheidsculturen voor. Als we mensen meer greep willen laten krijgen op hun gezondheid, moeten we rekening houden met deze culturen.

De 'Health for All' strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) noemt vijf actieterreinen:

- 1 ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden, zodat mensen hun leven meer in eigen hand kunnen nemen;
- 2 versterken van activiteiten vanuit de bevolking;
- 3 creëren van een ondersteunende omgeving;
- 4 aanpassen van voorzieningen voor gezondheidszorg;
- 5 ontwikkelen van een 'gezond' overheidsbeleid.

Bij deze benadering is het individu niet alleen het 'lijdende voorwerp' en de gebruiker, maar ook de beïnvloeder. Een dergelijke aanpak opent de weg naar gezondheidsparticipatie zoals dat is terug

te vinden in tal van opbouwpraktijken, onder andere bij migrantenprogramma's. Kenmerkend daarbij is dat de mensen zélf centraal staan en dat er inbreng is van de burgers bij de organisatie, planning en uitvoering van activiteiten.

Mensen kunnen op vele manieren actief zijn in de wijk: in buurthuizen, in jeugdclubs, bij sportclubs, bij activiteiten voor ouderen etc. Mensen die actief betrokken zijn bij hun wijk, hebben een signalerende functie en zijn in staat direct contact te leggen met de kwetsbare personen in hun omgeving. Bevolkingsparticipatie kan niet worden opgelegd, mensen kiezen hier zelf voor. Professionals kunnen wel zorgen voor goede communicatielijnen, en goed contact houden met de 'draggers' in een wijk. Bevolkingsparticipatie betekent ook dat we gezondheid niet langer als boodschap formuleren, maar dat we de gezondheid als vraag bij de bevolking neerleggen.

Een in 2003 verschenen rapport van het Landelijke Centrum Opbouwwerk geeft diverse voorbeelden van gezondheidsparticipatie door mensen uit kwetsbare groepen. Het is een waardevol document voor iedereen die gezondheidsparticipatie serieus neemt en wil leren van de ervaringen die daarmee in Nederland zijn opgedaan.

(Bronnen: Paes, 2003; Ten Dam, 1997)

Stap 4 Realistische doelen stellen

- Stel samen met de uitvoerders van het programma doelen op die voldoen aan het SMART-principe.
- Zorg dat de doelen door iedereen gedragen worden.
- Dat vereist dat doelen ook in samenspraak met de betrokken actoren (inclusief de doelgroep) worden vastgesteld.

Doelen voor de vermindering van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond gedrag zijn vaak weinig concreet of hebben een onrealistisch hoog ambitieniveau. Op basis van politieke wensen worden voor kortlopende programma's doelen gesteld op het niveau van gedragsverandering ('20% minder rokers') en zelfs op het niveau van gezondheidsparameters ('10% daling in de sterfte aan hart- en vaat-

ziekten'). Onrealistische doelen brengen de continuïteit van programma's die mogelijk (als ze voldoende tijd krijgen) tot gunstige effecten zullen leiden, in gevaar.

Het is nodig doelen dusdanig te stellen dat tijdens en na de interventie de mogelijkheid bestaat om te bepalen of het doel al is bereikt of dat er een goede kans is om het te bereiken. Een hulpmiddel bij het benoemen van doelen is het zogenaamde SMART-concept. Een SMART-doel is:

Specifiek: doelen en afspraken zijn geformuleerd in termen van concrete resultaten.

Meetbaar: doelen en afspraken zijn meetbaar (kwantiteit, kwaliteit, tijd, geld).

Acceptabel: doelen en afspraken zijn voor alle partijen (dus ook de doelgroep) acceptabel.

Realistisch: doelen en afspraken zijn haalbaar en uitvoerbaar.

Tijdsgerelateerd: doelen en afspraken zijn voorzien van een (eind)datum.

De eis van specificiteit, meetbaarheid en tijdsgerelateerdheid maken dat SMART-doelen vaak concreet en praktisch

zijn. Als voorbeeld nemen we een lokaal voedingsprogramma in het kader van het landelijke programma ter vermindering van de consumptie van verzadigd vet 'Goede voeding, wat let je?' De lokale activiteit behelst een kookcursus en een aantal rondleidingen door de supermarkt onder leiding van een diëtiste. Als doel wordt gesteld dat 40% van de wijkbewoners minder vet gaat eten. Dit doel voldoet niet aan de SMART-regels. Het is niet realistisch, weinig specifiek en er wordt geen tijdsperiode aangegeven. Een doel dat beter aan het SMART-principe zou voldoen is: 'Na afloop van de interventie geeft 40% van de cursisten en deelnemers aan de rondleidingen aan van plan te zijn voedingsmiddelen met minder verzadigd vet te gaan kopen'. In feite zou je een stap verder willen gaan en willen weten hoeveel mensen dat daadwerkelijk doen en hoeveel procent daling in de consumptie van verzadigd vet dat oplevert. Om dergelijke doelen meetbaar te maken zijn vaak onderzoeksmethoden vereist die op lokaal niveau, in kortdurende projecten, niet haalbaar/betaalbaar zijn. Dat neemt niet weg dat het vaak op basis van (inter)nationale literatuur wel aannemelijk is te maken dat dergelijke uitkomsten zullen optreden.

De voorwaarde van acceptabele en realistische doelen maakt het noodzakelijk ze vast te stellen in nauw overleg met doelgroep, uitvoerders, financiers en andere betrokkenen. Op die manier kun je te hoge verwachtingen en onaangename verrassingen voorkomen.

Stap 5 Interventie uitvoeren, de voortgang monitoren en inbedden in bestaand beleid

- Schep duidelijkheid over de taken van de partijen die bij het programma betrokken zijn.
- Onderzoek de mogelijkheden om het programma in te bedden in een breder beleid.
- Voor de grote gemeenten biedt het Grotestedenbeleid goede mogelijkheden.

In de voorbereidende stappen is vastgesteld wat het (gezondheids)probleem is, wat de behoeften van de doelgroep zijn, wat de meest geschikte (mix van) interventie(s) is, wie de betrokken actoren zijn en of er sprake is van een realistische doelstelling. Vervolgens start de fase van het op de rails zetten van de interventie. Vanzelfsprekend moet bij aanvang van de uitvoering duidelijk zijn hoe de verschillende taken worden verdeeld over de betrokken partijen en instanties. Een handig hulpmiddel bij het vormgeven en uitvoeren van interventies is het aan het begin van dit hoofdstuk genoemde Preventie Effectmanagement Instrument (Preffi).

Wat is de taak van de gemeente in deze fase? Zij regisseert de uitvoering en monitort de voortgang in het proces. In samenspraak met de betrokken partijen controleert zij of het programma de gestelde doelen gaat behalen en stuurt bij waar dat noodzakelijk is.

Gezondheidsverschillen bestaan op het niveau van bevolkingsgroepen, maar komen ook naar voren bij vergelijking tussen regio's of buurten. De slechtere gezondheid in achterstandswijken gaat vaak gepaard met een opeenstapeling van ongunstige sociale en fysieke omgevings-

factoren, gecombineerd met een ongezonde leefstijl. Voor de grotere steden biedt het Grotestedenbeleid (GSB) bij uitstek mogelijkheden om gezondheidsverschillen aan te pakken. Via de economische, fysieke en sociale pijler van het Grotestedenbeleid is veel beleid te ontwikkelen dat een positieve uitwerking kan hebben op de gezondheid en op het verkleinen van gezondheidsverschillen. Daarvoor zijn concrete afspraken op het terrein van gezondheid nodig alsmede – om de voortgang in de afspraken te monitoren – bruikbare indicatoren op lokaal niveau die inzicht geven in gezondheid(sverschillen). Inmiddels is er een bestuurlijke overeenkomst waarin staat dat gezondheid in de derde periode van het Grotestedenbeleid (vanaf 2005) een plaats

krijgt in de sociale pijler (zie in het menu van www.slag.nu onder Gezondheid*GSB). Ook bij de kleinere gemeenten bestaat het besef dat een wijkgerichte benadering van gezondheid het meest kansrijk is als die aansluiting vindt op activiteiten op sociaal, fysiek en economisch terrein. De wijkgerichte aanpak heeft binnen de sociale pijler al een lange staat van dienst (zie o.a. www.kei-centrum.nl). Gezondheidsdoelen kunnen dan ook als het ware ‘meeliften’ met de activiteiten die bijvoorbeeld binnen de sociale pijler plaatsvinden.

GEZONDHEID ALS VOORWAARDE VOOR EEN VITALE STAD

Binnen de sociale, economische en fysieke activiteiten van de gemeente die zich onder andere vertalen in stedelijke vernieuwing (herstructurering van achterstandswijken), maar ook bij het verantwoord inrichten van nieuwbouwwijken horen gezondheidsdoelen een plek te krijgen. Dat is niet nieuw. Ruim tien jaar geleden, in 1992, verscheen het rapport ‘Een gezonde stad in 20 stappen’, gebaseerd op het Healthy Cities Project van de WHO. Een stad die streeft naar het predikaat ‘Gezonde Stad’, moet voldoen aan 11 kenmerken. De belangrijkste daarvan zijn:

- Een schoon en veilig fysiek milieu;
 - een hoge mate van participatie en zeggenschap van de gemeenschap bij beslissingen die hun leven, gezondheid en welzijn beïnvloeden;
 - een optimaal niveau en algemene toegankelijkheid van gezondheidszorginstellingen;
 - een gevarieerde, levendige en vernieuwende stadseconomie;
 - een integraal bestuur dat garant staat voor een breed maatschappelijk draagvlak.
- Nu, meer dan tien jaar later, geldt het gedachtegoed van ‘Gezonde stad’ nog steeds. Het is in feite staand beleid geworden, zeker sinds de herziening van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). De verplichting tot het schrijven van een nota gezondheidsbeleid is een uitvloeisel van dat gedachtegoed.*

Toch blijft er nog wel het een en ander te wensen over. Gezondheid staat weliswaar ‘op de kaart’ van het gemeentelijk beleid, maar toch wordt gezondheid eerder als een gevolg gezien van het beleid van de verschillende sectoren (waaronder de sector volksgezondheid zelf) dan als een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van dat beleid. Misschien slaat de gezondheidssector nog te weinig

de trom als het gaat om de maatschappelijke kosten die ongezondheid ook op lokaal niveau met zich meebrengt. Denk alleen maar aan de economische schade die de verminderde arbeidsproductiviteit oplevert ten gevolge van de stijging van ziekteverzuim en WAO-cijfers. Ongezondheid werpt ook blokkades op bij de oplossing van probleemsituaties in achterstandswijken. Problemen bij allochtone vrouwen in achterstandswijken belemmeren bijvoorbeeld een optimaal verloop van het inburgeringsproces.

Een gemeente kan zich pas ‘vitaal’ noemen, als ze de gezondheid van haar burgers hoog in het vaandel heeft staan. Dat besef moet de met gezondheidsbeleid belaste gemeentebtenaar sterken in zijn/haar pleitbezorging voor een solide gezondheidsbeleid. Hij/zij moet dat wel kunnen doen op basis van de juiste argumenten. Daarom is het belangrijk dat de beschikbaarheid van relevante informatie – zowel op nationaal als op lokaal niveau – verder verbetert.

Stap 6 De evaluatie: niet het sluitstuk maar de kroon op de interventie

- *Evalueren dient vele doelen.*
- *Stel aan het begin van een project vast voor wie en waarom de evaluatie plaatsvindt.*
- *Zoek vervolgens naar de meest geschikte indicatoren.*
- *Een evaluatie is altijd mogelijk.*
- *Maak gebruik van de expertise die er in Nederland bestaat op het terrein van evaluatie.*

Waarom evalueren we, en voor wie?

De eerste (en belangrijkste) vraag is: ‘Waarom en voor wie voeren we de evaluatie uit?’ Is het een verantwoording richting de financier, of wordt de evaluatie gebruikt om feedback te geven aan de betrokkenen (niet in de laatste plaats de doelgroep)? Is het bedoeld om achteraf terug te kijken op het gehele proces of worden de evaluatiegegevens gebruikt om het proces tussentijds bij te stellen, te verbeteren? De evaluatie van gezondheidsbevordering is het minst populaire onderdeel van een interventie. Het vergt tijd en geld. Tijd die – zo wordt in de praktijk vaak gesteld – beter had kunnen worden besteed aan de uitvoering van de interventie. Toch kunnen we alleen hard maken naar beleidsmakers en financiers dat we met nuttige zaken bezig zijn als we de effecten van onze activiteiten in kaart brengen. Het liefst op een dusdanige wijze dat het bijdraagt aan het opbouwen van kennis over ‘goede interventies’.

Leren door te evalueren

Vanzelfsprekend willen we zoveel mogelijk gebruik maken van interventies die hun waarde al bewezen hebben. Dat vergt dat we voorbeelden van interventies tot onze beschikking hebben die goed zijn geëvalueerd, en succesvol zijn

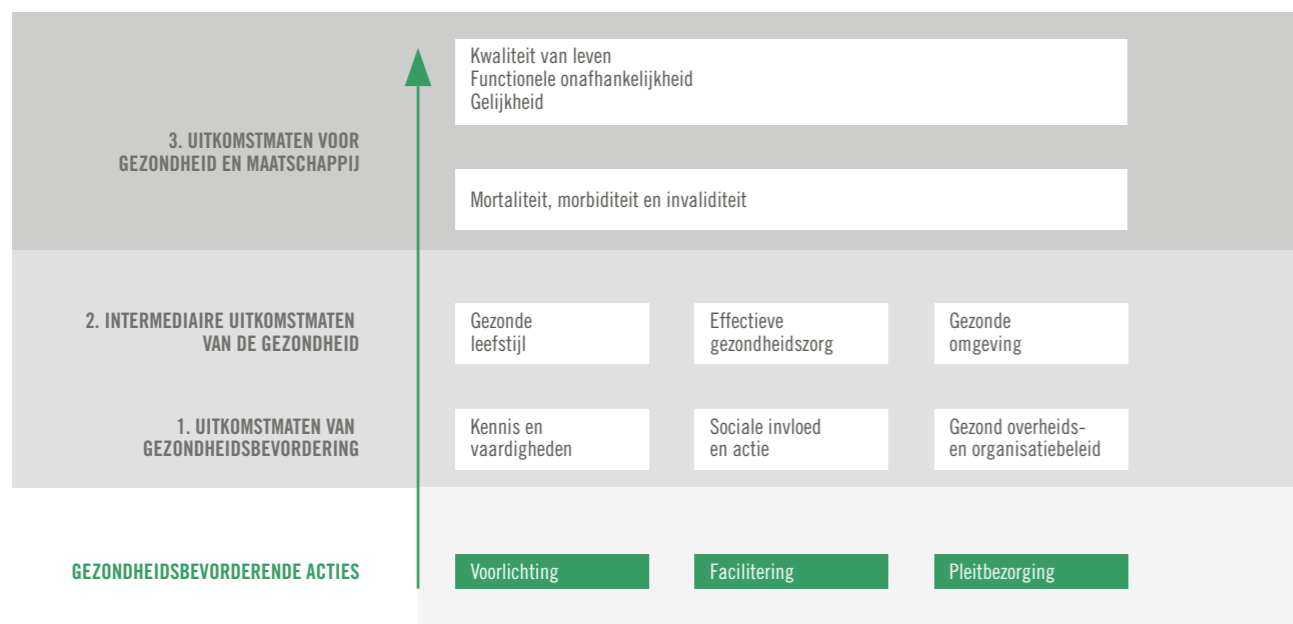
gebleken. Het NIGZ-Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) heeft in 2003 voor de Stuurgroep Nationaal Contract OGZ een inventarisatie uitgevoerd. Dat leverde 21 lokale interventies op die in meerdere of mindere mate effectief zijn gebleken in het verminderen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven. Een groep van 15 experts heeft hieruit de 6 beste gekozen op de criteria relevantie, effectiviteit, overdraagbaarheid en actualiteit³. Een aantal van deze interventies is beschreven in de boekjes over Gezond Leven en SEGV in de ‘instrumentenkoffer 1’. De inventarisatie heeft duidelijk gemaakt dat het overgrote deel van de in Nederland uitgevoerde lokale interventies niet of onvoldoende wordt geëvalueerd. Dit betekent dat er onvoldoende informatie is voor een uitgebreide ken-

nisdatabase over goede methoden om gezondheidsbevorderende interventies te evalueren. Ook de kennis over ‘good practices’ wordt onvoldoende overgedragen.

Hoe evalueren?

Evalueren kan vele doelen dienen. Voor de aanpak van de evaluatie zijn er tal van mogelijkheden. Een belangrijk deel van de terughoudendheid als het gaat om evalueren komt voort uit de indruk dat een evaluatie alleen kwalitatief voldoet als die gepaard gaat met een batterij aan wetenschappelijke analyses. Dat is een misvatting. Het onderstaande (figuur 3) is bedoeld om duidelijk te maken dat voor ieder programma een of meerdere uitkomstmaten aan te geven zijn om in een evaluatie op te nemen.

Figuur 3 Uitkomstmaten voor gezondheidsbevordering (Nutbeam, 1998)



Het schema laat zien dat er diverse uitkomstmaten mogelijk zijn als ‘effect’ van gezondheidsbevorderende acties (de onderste regel). Hoe hoger je in het schema met uitkomstmaten terecht komt, des te omvangrijker het programma moet zijn om die effecten daadwerkelijk aan te tonen. De effecten op kwaliteit van leven van een preventieproject dat zich door middel van diverse interventies (via school, werkplek, wijk) richt op het stoppen met roken, zijn moeilijk aan te tonen. We mogen wel aannemen – op basis van de kennis uit de literatuur – dat als we een effect op het rookgedrag kunnen meten (‘gezonde leefstijl’, in regel 2 van de intermediaire uitkomstmaten), dat uiteindelijk ook een effect heeft op de kwaliteit van leven in de betreffende doelgroep.

Preventieprogramma’s zijn vaak van dusdanig korte duur dat een uitkomst op het niveau van gedrag in die korte tijd niet te verwachten is. In dat geval moet er in de evaluatie worden gezocht naar uitkomsten op het eerste niveau: ‘uitkomsten van gezondheidsbevordering’. Zijn er bijvoorbeeld veranderingen in de kennis en de houding ten aanzien van gezondheid bij de doelgroep? Is er iets veranderd in de sociale omgeving dat gedragsverandering kan ondersteunen? Zijn er horeca-ondernemers die zich bereid tonen mee te werken aan rookvrije ruimtes in hun etablissementen?

BOODSCHAP

Ook evalueren van kortdurende of kleinschalige programma’s is mogelijk.

Er valt veel te schrijven over evaluatiemethodes. Vooral de evaluatie van programma’s die gebruik maken van community-based interventies vergen veel aandacht. Dat voert te ver voor dit boekje. We verwijzen naar het traject van ‘New Health Promotion’ (www.newhealthpromotion.nl), dat uitgebreid ingaat op de evaluatie van gezondheidsbevordering en waar de GGD-Rotterdam e.o., het NIGZ en ZonMw de handen ineen hebben geslagen om de kennis op dit terrein te vergroten en uit te dragen.

³ Informatie over deze interventies is in het menu van www.slag.nu te vinden onder Plan van Aanpak SEGV/Gezond Leven.

Wie moet evalueren?

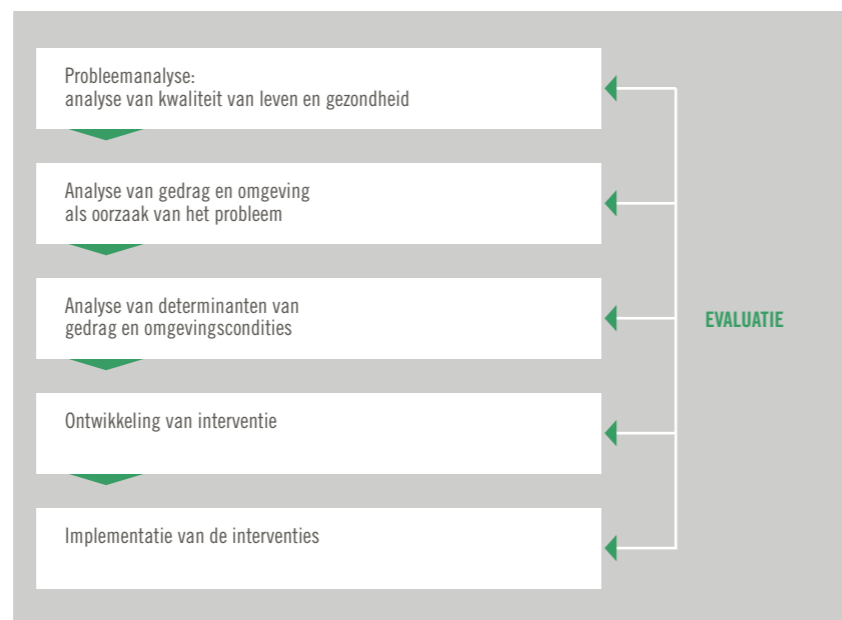
De evaluatie komt in de praktijk vaak in de knel tussen uitvoering en de start van nieuwe projecten. Het is daarom van belang om al bij de ontwikkeling van een interventie een evaluatieplan op te stellen. De kosten daarvan moeten ook in de begroting opgenomen zijn. De gekozen effectmaten en daarvoor benodigde meetmethoden zijn afhankelijk van de doelstellingen van de interventie. Wat dat betreft kan de gemeenteambtenaar een belangrijke rol spelen bij het opstellen van het evaluatieplan, immers: SMART-doelen worden in gezamenlijkheid vastgesteld. Minstens zo belangrijk als de evaluatiemethode zijn dus de vragen die tijdens de evaluatie moeten worden beantwoord. Welke doelen moeten na afloop van een interventie zijn bereikt? Wanneer mogen we van een succes spreken? Deze vragen moeten aan het begin van een project worden gesteld. Vandaar dat in figuur 4 de evaluatiefase niet alleen verwijst naar het eind van een interventie, maar naar alle fasen in het planningsproces.

Het wiel is vaak al uitgevonden

Informatie over de doeltreffendheid en doelmatigheid van interventies moet beter toegankelijk worden voor het veld en de beleidsmakers. Uit een samenwerkingsverband van het NIGZ, het Trimbos-instituut, GGD-Nederland, GGZ-Nederland, het NISB, het NIZW, de VNG, ZonMw en het RIVM is in 2001 het QUI-project voortgekomen www.nigz-QUI.nl. Dit project stelt zich ten doel om de passieve databases die in het afgelopen decennium zijn opgebouwd met gegevens over preventieve interventies beter op elkaar af te stemmen en actiever te gebruiken. Dat geeft een beter overzicht van wat er in Nederland gebeurt op het terrein van gezondheidsbevordering. Het biedt ook inzicht in succes- en faalfactoren voor de doeltreffendheid van interventies. Natuurlijk is het niet vanzelfsprekend dat een succesfactor voor een project in Amsterdam één op één te vertalen is naar een op te zetten project in Roermond. Toch blijkt informatie over deze succesfactoren belangrijk bij het ontwikkelen van doeltreffende interventies.

Figuur 4 Fasering van gezondheidsbevordering via de planmatige aanpak

(Bron: Brug et al., 2000).





... onderzoek bij lage SES-groepen (inclusief allochtonen) levert tal van handige tips op. Schriftelijk materiaal werkt vaak niet goed, de 'persoonlijke' benadering wel ...

5

Internetwegwijzer

Onderstaande lijst met links is niet volledig, maar helpt u op weg, vooral op de virtuele zoektocht naar informatie over gezondheid, gezondheidsbevordering en vermindering van gezondheidsverschillen. De lijst met links wordt regelmatig geactualiseerd op de webpagina van het NIGZ-Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) (www.slag.nu). Op de site van het NIGZ-SLAG is verder veel informatie te vinden over de communicatie met doelgroepen, over participatie- en evaluatie-methodieken. De site geeft een overzicht van relevante literatuur en biedt de mogelijkheid recente rapporten te downloaden. Op de webpagina vindt u ook informatie over een aantal initiatieven die NIGZ-SLAG ondersteunt, zoals de werkgroep wijkgericht werken en de werkgroep kleine kernen.

Gezondheid algemeen

Netdokter

<http://www.netdokter.nl/>

Digitaal gezond

<http://www.digitaalgezond.nl/>

Gezondheidsplein

<http://www.gezondheidsplein.nl/>

Gezondheidskiosk

<http://www.gezondheidskiosk.nl/>

Startpagina: gezondheidspagina

<http://gezondheids.pagina.nl/>

Startpagina: ggd pagina

<http://ggd.pagina.nl/>

Gezondheidswijzer

<http://www.gezondheidswijzer.nl>

Zorgportaal

<http://www.zorgportaal.nl/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid

<http://www.nationaalkompas.nl/>

Zorgatlas

<http://www.zorgatlas.nl/>

Centraal Bureau voor de Statistiek

<http://www.cbs.nl/>

Sociaal en Cultureel Planbureau

<http://www.scp.nl>

Landelijke ondersteuning

Ministerie van VWS

<http://www.minvws.nl/>

GGD Nederland / kennisnet

<http://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/>

Versterking Openbare Gezondheidszorg VOGZ

<http://www.vogz.nl/>

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie NIGZ

<http://www.nigz.nl/>

<http://www.slag.nu>

Trimbos-instituut

<http://www.trimbos.nl/>

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn NIZW

<http://www.nizw.nl/>

ZorgOnderzoek Nederland

<http://www.zon.nl/>

Landelijk centrum opbouwwerk

<http://www.eur.nl/fw/opbouwwerk/opbouwwerk.html>

Netherlands School of Public and Occupational Health

<http://www.nspoh.nl/>

Nederlandse Hartstichting

<http://www.hartstichting.nl/>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

<http://www.rivm.nl/>

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

<http://www.nivel.nl/>

Stichting Volksgezondheid en Roken
<http://www.stivoro.nl/index.html>

Voedingscentrum
<http://www.voedingscentrum.nl/>

Kennis Centrum Grote Steden
<http://www.kenniscentrumgrotesteden.nl/>

Kenniscentrum Stedelijke vernieuwing
<http://www.kei-centrum.nl/>

Fonds OGZ
<http://www.fondsogz.nl/>

Onze Buurt aan Zet
<http://www.onzebuurtaanzet.nl/>

Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
<http://www.nisb.nl/>

All Against Aids
<http://www.allagainstaids.nl/>

Stedennetwerk
<http://rechten.kub.nl/stedennetwerk>

Pharos
<http://www.pharos.nl>

Kennisnetwerk Sociaal Beleid
<http://www.x-s2.nl>

PaceMaker in global Health
<http://www.pacemakernetworks.com/page.php>

De sociale alliantie
<http://www.socialealliantie.nl>

Stichting Sjakuus
<http://www.sjakuus.nl/>

Projecten

STIOM - Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
Den Haag
<http://www.stiom.nl/>

WhoZnext
<http://www.whoznext.nl>

De allochtone zorgconsulent
<http://www.forum.nl/allochtonezorgconsulent/index.html>

GALM (Groninger Actief Leven Model)
<http://www.galm.nl>

Thuis op straat
<http://www.thuisopstraat.nl/>

Kwartiermaken
<http://www.haagrand.nl/kwartiermaken/index.html>

New Health Promotion: Congressen op het terrein van evaluatie en onderzoek van gezondheidsbevordering
<http://www.newhealthpromotion.nl>

Internationaal

World Health Organisation
<http://www.who.int/>

World Health Organisation Europe
<http://www.who.dk/>

International Union for Health Promotion and Education IUHPE
<http://www.iuhpe.nyu.edu/>

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
<http://www.vig.be/>

Department of Health
<http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/>

Healthy Cities
<http://www.who.dk/healthy-cities/>

EuroHealthNet
<http://www.eurohealthnet.org/EuroHealthNet/>

Tijdschriften

G, vakblad over gezondheid en maatschappij
<http://www.nigz.nl/actueel/index.cfm?code=860>

Zorg en welzijn
<http://www.zorgwelzijn.nl/>

Vitale stad
<http://www.vitalestad.nl/>

Literatuur

P.T. van Assema. The development, implementation and evaluation of a community health project. Thesis, University of Maastricht, the Netherlands, 1993.

W. Albeda. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage Programmacommissie SEGV II. Den Haag: ZON, 2001.

N. Assen, H. Propitus, B.J. Smallembroek (eds.). Alcohol, veiligheid en jeugd. Informatie en praktijkvoorbeelden voor lokaal alcoholmatigingsbeleid. Den Haag: VNG, 2002.

J. Bressers, P. de Jong, P.J. Klok, A. Korsten. De gereedschapskist van de overheid: een inventarisatie. Assen: Van Gorcum, 1993.

J. Brug, H. de Vries, N. de Vries. ICT in de voorlichting: GVO op maat. In: J. Jansen, A.J. Schuit, F. van der Lucht (red.). Tijd voor gezond gedrag. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum, 2002; pp. 236-244.

J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens, H.T. van der Molen. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum & Comp., 2000.

J.J.M. ten Dam. Gezonde stadsgezichten: een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid. Proefschrift Universiteit Utrecht, 1998.

J. Ellenkamp. Een gezonde stad in 20 stappen. Rotterdam: Landelijke Netwerk Gezonde Steden, 1992.

L.W. Green, M.W. Kreuter. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Toronto, London: Mayfield Publishing Company, 1991.

M. de Grijter. Community Report: Kaapverdianen in Rotterdam. Utrecht: Verwey-Jonker instituut, 2003.

J. de Hart, C. Maas-de Waal, F. Knol, T. Roes (red.). Zekere banden: sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: SCP, rapportno. 2002/5, 2002.

IOM. Health and behavior. The interplay of biological, behavioral, and societal influences.

Washington DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 2001.

J. Jansen, A.J. Schuit, F. van der Lucht (red.). Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven, Houten: RIVM, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

M. Lalonde. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: information Canada, 1974.

F. van der Lucht, J. Jansen. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Bilthoven: RIVM, rapportno. 287600001, 1999.

G.R.M. Molleman, L.W.H. Peters, C.M.H. Hosman, L.M. Hommels, M.A. Ploeg, H.H. Kok, E. Llopis. De Preffi 2.0: systematische ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor gezondheidsbevordering. TSG 2003; 81: 247-255.

C. Nijboer, D. Alting. Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid. Voorbeeldmaatregelen die gezond leven bevorderen, vooral bij sociaal-economisch zwakkere groepen. Woerden: NIGZ-Centrum voor Review en Implementatie (CRIM), 2003.

D. Nutbeam. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International 1998; 13(1): 27-44.

D. Nutbeam. Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999; 77: 15-23.

J.A.M. van Oers. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Paes M. Kleine stappen met een grote betekenis. Gezondheidsparticipatie voor kwetsbare groepen. Zwolle: Landelijke Centrum Opbouwwerk, 2003.

L. van der Putten, N. Tanoti. Communiceren met lage SES-groepen. Tips met bevindingen gezondheidsprojecten 2003. Verslag stageperiode bij NIGZ-SLAG 2003, www.slag.nu

RVZ. Gezondheid zonder zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2000.

SGBO. Monitor lokaal Gezondheidsbeleid. Resultaten Nulmeting. Oktober 2002.

V. Speller, A. Learmonth, D. Harrison. The search for evidence of effective health promotion. *Br Med J* 1997; 315: 361-363.

K. Stronks. Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstance? Academisch proefschrift, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

K. Stronks, J. Hulshof (red.). De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2001.

C. Tenhaeff. Werk & Aandacht: Arbeidstoeleiding en gezondheidsbevordering in één, voor langdurig werkzoekende vrouwen. In: K. Stronks. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Van verklaren naar verkleinen. Deel 3. Den Haag: Zorg Onderzoek Nederland / Commissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II, 2001: pp. 27-46.

M. Tijhuis, W. Vos. Determinanten van gedrag. In: J. Jansen, A.J. Schuit, F. van der Lucht (red.). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.* Bilthoven, Houten: RIVM, Bohn Stafleu Van Loghum, 2002; pp. 92 – 113.

K. Tones. De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. *Evaluating health promotion: a tale of three errors (in dutch).* TSG 1999; 77: 24-28.

G.C.W. Wendel-Vos, A.J. Schuit, J.C. Seidel. De gevolgen van beleidsmaatregelen uit de Nota Wonen op bewegingsarmoede in Nederland. Onderdeel van de GER 'Mensen wensen gezond wonen'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, rapportno. 26996001, 2002.

WHO. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Report on the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.

M.C. Willemsen. Tabaksgebruik onder jongeren: mogelijkheden en onmogelijkheden voor het beleid. In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der (red.). *Tijd voor gezond gedrag.* Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum, 2002; pp. 119-124.

