



rivm

Gezond wonen en werken

Een oriëntatie op gezondheidsbevordering in de settings
wijk en werk in Nederland

Centrum Gezond Leven

CGL-rapportage 09-04

Gezond wonen en werken

Een oriëntatie op gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk in Nederland

Susan Meijer
Marian Sturkenboom

Contact:
Marian Sturkenboom
RIVM Centrum Gezond Leven
marian.sturkenboom@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het RIVM Centrum Gezond Leven.

Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven (CGL) werkt aan de versterking van doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het Centrum Gezond Leven is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005). Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond). Dit rapport wees onder andere op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

© RIVM Centrum Gezond Leven 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'RIVM Centrum Gezond Leven, de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Dankwoord

Een woord van dank gaat uit naar alle mensen die een bijdrage geleverd hebben aan dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de werkplaats Monitoren Vraag en Aanbod van het RIVM Centrum Gezond Leven. In deze werkplaats zijn de volgende organisaties actief: GGD Gelre-IJssel, GGD Midden-Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Stichting Consument en Veiligheid, Pharos, STIVORO, Trimbos-instituut en Voedingscentrum.

De geïnterviewden van de gezondheidsbevorderende programma's dank ik hartelijk. Zij hebben een belangrijke rol gespeeld in het aanleveren van gegevens voor dit onderzoek. Dankzij de interviews kan het RIVM Centrum Gezond Leven een genuanceerder en duidelijker beeld geven van haar (mogelijke) rol bij gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk. Ook hebben ze veel input gegeven waar het centrum in 2010 mee aan de slag kan.

In het bijzonder dank ik ook de leden van de projectgroep settings 2009: Anneke Dijkstra (GGD Gelre-IJssel), Frea Haker (Pharos), Frederike Mensink (Voedingscentrum), Nellie Ochtman (STIVORO), Annemarie Roodenburg (STIVORO), Marijke Ruiten (Trimbos-instituut), Emmy van den Heuvel (Beleidsadvies en Projectmanagement), Ellen de Hollander (RIVM Centrum Preventie en Zorg Onderzoek), Lobke Blokdijk (RIVM Centrum Gezond Leven), Daniëlle de Jongh (RIVM Centrum Gezond Leven) en Djoeke van Dale (RIVM Centrum Gezond Leven). Zij hebben met hun enthousiaste inzet en expertise een belangrijke bijdrage geleverd aan de inhoud van dit rapport. De inspirerende opmerkingen gedurende het proces, de momenten van reflectie, de archieven die werden geopend en de inzichten die werden gedeeld hebben allemaal bijgedragen aan de kwaliteit van het product dat nu voor u ligt.

Marian Sturkenboom
Coördinator Monitoring Vraag en Aanbod
RIVM Centrum Gezond Leven

Inhoud

Samenvatting	6
1 Inleiding	8
2 Opzet onderzoek	11
2.1 Methode	11
2.1.1 <i>Methode</i>	11
2.1.2 <i>In- en exclusiecriteria</i>	13
2.2 Afbakening van begrippen	14
3 Relevante actoren wijk	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Wettelijk kader	17
3.3 Financiering	18
3.4 Relevante actoren	19
3.4.1 <i>Lokale partijen</i>	19
3.4.2 <i>Landelijke partijen</i>	20
3.4.3 <i>Overige partijen</i>	21
3.5 Landelijke netwerken	21
4 Kenmerken programma's voor gezondheidsbevordering in setting wijk	24
4.1 Inleiding	24
4.2 Thema's en doelgroepen	24
4.3 Type programma's	25
4.3.1 <i>Systematische werkwijzen</i>	25
4.3.2 <i>Programma's met een communitybenadering</i>	28
4.3.3 <i>Overige kenmerken</i>	30
4.4 Omgevingsmaatregelen	31
4.5 Effectiviteit	33
5 Conclusies setting wijk	35
5.1 Financiering en relevante actoren	35
5.2 Kenmerken programma's	35
5.3 Omgevingsmaatregelen	36
5.4 Effectiviteit	37
6 Relevante actoren werk	39
6.1 Inleiding	39
6.2 Wettelijk kader	39
6.3 Financiering	40
6.4 Relevante actoren	41
6.4.1 <i>Arbeids- en arbo-organisaties</i>	41
6.4.2 <i>Kennis- en onderzoeksinstituten</i>	41
6.4.3 <i>Thema-instituten</i>	42
6.4.4 <i>Branche- en koepelorganisaties</i>	42
6.4.5 <i>Verzekeraars en andere commerciële partijen</i>	43
6.4.6 <i>Overige partijen</i>	43

7	Kenmerken programma's voor gezondheidsbevordering in setting werk	45
7.1	Inleiding	45
7.2	Thema's en doelgroepen	45
7.3	Type programma's	46
7.3.1	<i>Systematische werkwijzen</i>	46
7.3.2	<i>Concrete programma's</i>	48
7.4	Omgevingsmaatregelen	48
7.5	Effectiviteit	49
8	Conclusies setting werk	50
8.1	Relevante actoren	50
8.2	Kenmerken programma's	50
8.3	Omgevingsmaatregelen	50
8.4	Effectiviteit	51
9	Kansen en knelpunten van settinggerichte gezondheidsbevordering	52
9.1	Inleiding	52
9.2	Kansen	52
9.3	Knelpunten bij de uitvoering	54
9.3.1	<i>Algemene knelpunten</i>	54
9.3.2	<i>Wijkspecifieke knelpunten</i>	55
9.4	Mogelijke rol van CGL bij settinggerichte gezondheidsbevordering	56
10	Aan de slag!	58
	Literatuur	59
	Bijlagen	64

Samenvatting

In de nota ‘Gezond zijn, gezond blijven’ geeft het ministerie van VWS haar visie op gezondheid en preventie. De relatie tussen het gedrag van het individu in interactie met zijn omgeving is één van de hoofdlijnen. In het verlengde van deze relatie heeft het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) een verkennend onderzoek uitgevoerd naar gezondheidsbevordering waarin zowel het gedrag als de omgeving van individuen centraal staan. Het gaat in dit rapport meer specifiek om gezondheidsbevordering in de leefomgevingen wijk en werk, waarbij wijk ook betrekking heeft op (kleinere) dorpen die niet op te delen zijn in verschillende woonwijken. De term die we hiervoor gebruiken is settinggerichte gezondheidsbevordering. Dit verslag beschrijft hoe gezondheidsbevordering is georganiseerd in wijk en werk voor wat betreft:

- a) financiering, actoren en landelijke netwerken;
- b) kenmerken van programma’s voor gezondheidsbevordering.

De resultaten geven zicht op kansen en knelpunten van gezondheidsbevordering in de leefomgevingen werk en wijk. Ook de mogelijke rol van CGL bij settinggerichte gezondheidsbevordering komt aan de orde.

Wijk

Bij gezondheidsbevordering in de *wijk* is de gemeente meestal de initiatiefnemer. De betrokken GGD en/of een thema-instituut heeft vaak een coördinerende rol binnen een programma voor gezondheidsbevordering in de wijk. Gezondheidsbevordering in wijken richt zich meestal op het stimuleren van bewegen en gezonde voeding en op psychische gezondheid. Systematische werkwijzen voor gezondheidsbevordering in de wijk zijn ‘WijkSlag’, ‘Communities that care’, de ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’, het ‘Nationaal Actieplan Sport en Bewegen’ en de Buurt-Onderwijs-Sport-projecten (BOS).

Bij programma’s met een communitybenadering wordt samen met de doelgroep (bewoners en/of professionals) gezocht naar thema’s die aansluiten bij de belangstelling, cultuur en de gezondheid van de doelgroep. Sommige programma’s richten zich primair op de organisatie van gezondheidsbevordering in een wijk. Deze programma’s proberen samenhang te brengen in het bestaande interventieaanbod.

De gevonden maatregelen gericht op de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om bewegen en gezonde voeding te stimuleren. Voorbeelden zijn het aanleggen, aanpassen of opknappen van sport- en speelplekken en een gezond voedingsaanbod in schoolkantine of jeugdhonk. Maatregelen gericht op de sociale omgeving hebben tot doel om de sociale cohesie in de wijk te versterken, een sociaal draagvlak te creëren voor gezondheidsbevorderende activiteiten en om de sociale steun in de wijk te versterken. Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma’s op gezondheidsmaten. Vaker is in de uitgevoerde evaluaties van programma’s gekeken naar procesdoelen en naar gedragsverandering, zoals beweeg- en voedingsgewoonten. De koppeling van participatie en gezondheid in een wijkaanpak biedt de kans om gezondheid bij bewoners en ondersteunende organisaties op de kaart te zetten.

Werk

Bij de ontwikkeling en evaluatie van gezondheidsbevorderende activiteiten in de leefomgeving *werk* zijn TNO, NIGZ, NISB en verschillende commerciële partijen actief. De werkgevers zelf spelen een grote rol bij de implementatie van gezondheidsbevorderende programma’s. De landelijke overheid draagt bij door middel van stimuleringsgelden. Lokale medewerkers gezondheidsbevordering werkzaam bij bijvoorbeeld GGD’en of GGZ-organisaties zijn niet actief in de setting werk. Voor gezondheidsbevordering in de leefomgeving werk bestaan diverse systematische werkwijzen: Gezondheidsmanagement (NIGZ), Integraal Gezondheidsmanagement (TNO), Golden Standard

(Lifeguard), het VitaalBedrijfPlan (ArboNed/Keurcompany) en het BRAVO-Kompas (NISB). De methoden bestaan over het algemeen uit een stappenplan dat toewerkt naar een beleidsmatige inbedding van activiteiten en maatregelen voor het stimuleren van een gezonde leefstijl. Sommige programma's zijn specifiek ontwikkeld voor een bepaalde werkplek, zoals het Vitaliteitscentrum van staalbedrijf Corus. Maatregelen gericht op de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om gezonde voeding en beweging te stimuleren. Voorbeelden zijn het aanbieden van gezonde voeding in het bedrijfsrestaurant, plaatsen van tafeltennistafels en de werkomgeving zodanig inrichten dat werknemers een stukje moeten lopen voor bijvoorbeeld de printer, postvakjes of koffieautomaat. Maatregelen gericht op de sociale omgeving zijn het verbeteren van de werksfeer en de motivatie van de werknemers. Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma's op gezondheidsmaten. Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming blijken in de setting werk vaak nauw met elkaar verbonden te zijn. De werknemer dient bijvoorbeeld zelf een goede lasbril op te zetten (gedrag) als die wordt aangeboden door de werkgever. Vaak wordt de term gezondheidsmanagement gehanteerd om dat aan te geven. In de setting werk zijn veiligheid en gezondheid dus vaak gekoppeld: via veiligheid kan gezondheid worden geagendeerd.

Kansen van settinggerichte gezondheidsbevordering (in vergelijking tot andere vormen van gezondheidsbevordering) liggen in de relatie tussen gedrag en omgeving, de mogelijkheid om breed in te zetten op het versterken van gezond gedrag, in te kunnen zetten op generieke omgevingsgebonden determinanten, de wijk of werkplek als vindplaats voor specifieke doelgroepen en de wijk en werkplek als context voor intersectorale samenwerking. Bij het concreet vormgeven van gezondheidsbevordering in wijk en werk wordt een aantal knelpunten ervaren. Gemeenten of werknemers laten zich bijvoorbeeld weerhouden om te investeren in gezondheidsbevordering omdat ze niet weten wat het oplevert. Ook het tijdelijke karakter van de programma's levert problemen op. In de wijk ervaren coördinatoren dat samenwerking met veel partijen organisatorisch lastig is. Bovendien is het opzetten en uitvoeren van een communitybenadering arbeidsintensief, duur en lastig van de grond te krijgen.

Als gevraagd wordt naar welke rol het CGL zou moeten spelen, komt het vaakst het bieden van een overzicht van mogelijkheden, ervaring en kennis naar voren. Ook het mogelijk maken van kennisuitwisseling, scholing en training wordt genoemd, evenals het vervullen van een procesrol op hoofdlijnen. Bij zo'n procesrol past bijvoorbeeld het verder (laten) ontwikkelen en verspreiden van bruikbare systematische werkwijzen, zoals WijkSlag. Visievorming en agendasetting wordt eveneens herhaaldelijk genoemd. Een aantal partijen vindt dat visievorming en agendasetting ook tot de taken van het CGL behoort.

In 2010 zal het CGL samen met haar partners inzichten in gezondheidsbevordering in wijk en werk gaan verzamelen, bundelen en ontsluiten via Loketgezondleven.nl. Ook gaat het CGL bijdragen aan het WWI Kennisnetwerk Gezonde Wijken. Ten slotte wil het CGL bij de ontwikkeling van bovenregionale ondersteuning bij stakeholders nagaan welke specifieke ondersteuning nodig is voor het werken in de settings wijk en werk.

1 Inleiding

Aanleiding en achtergrond

Visienota is uitgangspunt voor oriëntatie op settings

In de nota 'Gezond zijn, gezond blijven' (VWS, 2007a) presenteert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) haar visie op gezondheid en preventie. Het ministerie van VWS gebruikt deze visie als uitgangspunt om vorm te geven aan het gezondheidsbeleid in Nederland. De twee hoofdlijnen van de visie zijn:

1. de relatie tussen het individu en de omgeving;
2. de verbinding tussen de preventieve sector en de andere sectoren in de gezondheidszorg.

Deze rapportage haakt vooral aan bij de eerstgenoemde hoofdlijn.

Omgeving beïnvloedt keuze voor gezond gedrag

Met het versterken van gezond gedrag is nog veel gezondheidswinst te behalen (Rob et al, 2009; VWS, 2007a). Gezond gedrag wordt door verschillende persoonsgebonden en omgevingsgebonden factoren beïnvloed. Een belangrijke omgevingsgebonden factor is de directe leefomgeving; deze heeft een sterke invloed op de keuzes die een individu maakt over gezond gedrag. Een belangrijke sleutel in het behalen van gezondheidswinst ligt daarom in de verbinding tussen de directe leefomgeving en de individuele keuzes voor gezond gedrag (de leefstijl) van mensen. Het gaat dan om een leefomgeving die het kiezen voor gezond gedrag gemakkelijk en vanzelfsprekend maakt. Om dit te bereiken kunnen maatregelen ingezet worden die de leefomgeving zodanig inrichten en de producten op zo'n manier aanbieden dat mensen 'automatisch' kiezen voor gezondheid.

De leefomgeving heeft fysieke en sociale elementen

De directe leefomgeving waarin mensen leven, wonen, werken en leren heeft fysieke en sociale elementen (zie *Figuur 1.1*). Fysieke omgevingselementen zijn bijvoorbeeld groen en ruimte, kenmerken van de woning en verkeersveiligheid (Storm et al., 2009). De sociale omgeving bestaat onder andere uit het gezin waar men opgroeit, de school waar men onderwijs volgt en de buurt waar men woont, sport of zijn vrije tijd doorbrengt. Werkgelegenheid en sociale samenhang in de buurt en sociaaleconomische status zijn voorbeelden van sociale omgevingselementen.

Leefomgevingen wijk en werk hebben invloed op gezondheid

In deze rapportage gaan we in op de buurt waarin mensen leven en de omgeving waar mensen werken. Van beide leefomgevingen heeft onderzoek aangetoond dat ze een relatie hebben met de gezondheid. Mensen in achterstandwijken ervaren bijvoorbeeld een minder goede gezondheid, hebben meer langdurige aandoeningen en beperkingen en sporten minder (Verweij et al., 2008). De aanwezigheid van speelplaatsen, groenvoorzieningen en sportvelden heeft aantoonbare invloed op de lichamelijke activiteit (Storm et al., 2009). Mensen met een groengebied in de buurt zijn eerder geneigd om te gaan wandelen of hardlopen. Bovendien heeft de beleving van een groene omgeving een positief effect op de psychische gezondheid van mensen (Hosman et al., 2005). Ook de sociale en fysieke omgeving van de werkplek heeft invloed op de gezondheid. Ongeveer 2% tot 4% van de totale ziektelast in Nederland is het gevolg van ongunstige arbeidsomstandigheden, zoals lichamelijke inactiviteit en het eten van ongezonde voeding (Eysink et al., 2008). Bovendien wordt ongeveer 40% van de ziektelast door burn-out veroorzaakt door een hoge werkdruk.

Gezond gedrag wordt beïnvloed op verschillende niveaus

Het (gezondheids)gedrag van mensen wordt beïnvloed door een combinatie van factoren op verschillende niveaus. Dat zijn onder andere de sociaaleconomische omstandigheden, sociale normen

en waarden en leef- en werkomstandigheden (zie *Figuur 1.1*). De kans dat mensen kiezen voor gezond(er) gedrag wordt groter als ze daartoe op verschillende niveaus uitgenodigd worden. Het is dus wenselijk om een integrale aanpak in te zetten. Dit kunnen beleidsmaatregelen zijn ter verbetering van de sociale en fysieke leefomgeving, maar ook gedragsinterventies die de individuele leefstijl van mensen beïnvloeden. Voor het versterken van gezond gedrag op scholen bestaat al een integrale aanpak: de Gezonde School Methode. Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) ontwikkelt een ondersteunend instrument om deze integrale aanpak in te bedden in het schoolgezondheidsbeleid: de Handleiding Gezonde School. Gekoppeld aan de Handleiding brengt het CGL interventieoverzichten uit met aanbevolen interventies.



Figuur 1.1. Factoren die het gedrag van mensen beïnvloeden volgens Dahlgren en Whitehead (1991)

Oriëntatie op leefomgeving is kennisvraag

In het verlengde van de Handleiding Gezonde School heeft het ministerie van VWS aan het CGL gevraagd om een oriëntatie op andere leefomgevingen dan de schoolomgeving uit te voeren. De kennisvraag voor 2009 was: 'Een begin maken met het in kaart brengen van de vraag en het interventieaanbod in wijk en werk. Hiertoe wordt allereerst verkend hoe het CGL het best te werk kan gaan en wat belangrijke ontwikkelaars en aanbieders zijn van interventies in de genoemde settings.' (RIVM, 2008).

Onderzoeksvraag en vraagstellingen

De kennisvraag is uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe is gezondheidsbevordering georganiseerd in de leefomgevingen wijk en werk voor wat betreft:
 - a. financiering, actoren en landelijke netwerken?
 - b. kenmerken van programma's voor gezondheidsbevordering?
2. Wat is de mogelijke rol van het RIVM Centrum Gezond Leven bij gezondheidsbevordering in wijk en werk?

De resultaten van de eerste onderzoeksvraag geven inzicht in kansen en knelpunten van settinggerichte gezondheidsbevordering in wijk en werk. Het onderscheidende kenmerk van settinggerichte gezondheidsbevordering is dat deze vorm van gezondheidsbevordering het mogelijk maakt om zowel het individu als de omgeving te betrekken bij de activiteiten.

Rapport ondersteunt ontwikkeling settinggerichte gezondheidsbevordering

Dit rapport biedt handvatten voor het ministerie van VWS en het CGL om het ontwikkelen van gezondheidsbevordering in wijk en werk verder vorm te geven en te ondersteunen. Het rapport biedt nadrukkelijk géén volledig overzicht van het huidige aanbod aan gezondheidsbevorderende programma's in wijk en werk. De geïnventariseerde programma's zijn uitsluitend gebruikt om een globaal beeld te krijgen van de huidige organisatie en kenmerken van gezondheidsbevordering in wijk en werk.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode van informatie verzamelen en geeft een afbakening van de begrippen die we in dit rapport gebruiken. Daarna is het rapport opgebouwd uit twee delen: een deel over gezondheidsbevordering in de leefomgeving wijk (deel I) en een deel over gezondheidsbevordering in de leefomgeving werk (deel II).

Deel I bestaat uit de hoofdstukken 3, 4 en 5. *Hoofdstuk 3* beschrijft de relevante actoren in de setting wijk, *hoofdstuk 4* beschrijft kenmerken van lopende of recent afgeronde programma's en *hoofdstuk 5* sluit deel I af met conclusies over gezondheidsbevordering in de setting wijk.

Deel II bestaat uit de hoofdstukken 6, 7 en 8. *Hoofdstuk 6* behandelt relevante actoren in de setting werk, *hoofdstuk 7* beschrijft kenmerken van lopende programma's en *hoofdstuk 8* sluit deel II af met conclusies over gezondheidsbevordering in de setting werk. *Hoofdstuk 9* gaat in op kansen en knelpunten van gebiedsgerichte gezondheidsbevordering en op de rol die het CGL zou kunnen vervullen bij het verder vormgeven van gezondheidsbevordering in de leefomgeving wijk.

Hoofdstuk 10, ten slotte, beschrijft hoe het CGL in 2010 een vervolg wil geven aan de resultaten van dit rapport.

2 Opzet onderzoek

2.1 Methode

2.1.1 Methode

De onderzoeksvragen zijn onderzocht door bestaande programma's voor gezondheidsbevordering te inventariseren via een internetsearch. Van elk van de gevonden programma's heeft de projectgroep informatie over de belangrijkste actoren en de werkwijze verzameld. De informatie is in eerste instantie gezocht met behulp van Google en de websites van thema-instituten, onderzoeksinstituten en koepelorganisaties en de interventiedatabase van Loketgezondleven.nl. Voor aanvullende informatie over de actoren en werkwijze zijn interviews gehouden met sleutelfiguren van een selectie van de gevonden programma's.

Geraadpleegde websites

De projectgroep heeft gezocht op de volgende websites:

- thema-instituten: NIGZ, NISB, Trimbos-instituut, Voedingscentrum, Pharos, STIVORO, Soa-Aids Nederland, Stichting Consument en Veiligheid, Rutgers-Nissogroep;
- koepelorganisaties: GGD Nederland, GGZ Nederland, Landelijke Huisartsenvereniging;
- RIVM (Interventiedatabase en Nationaal Kompas), ZonMw.

Voor de setting werk is daarnaast gezocht op de volgende websites:

- TNO Preventie en Gezondheid, TNO Arbeid, Emgo-instituut;
- websites van de universiteiten van Utrecht, Maastricht, Amsterdam (Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit);
- Nederlandse Onderzoeksdatabase.

Zoektermen

Wijk

- Google en websites: wijk, buurt, wijkgericht, wijkgerichte aanpak, wijkgericht werken en settinggerichte aanpak in combinatie met: gezondheidsbevordering, gezondheid, gezond, leefstijlthema, 'verschillende steden', interventieprogramma's
- Interventiedatabase: setting wijk in combinatie met verschillende leefstijlthema's (voeding, bewegen, roken, alcohol, roken, depressie, SOA etc.)
- Congres: conferentie 'Overgewicht in de wijk' (Nicis/Nederlands Congres Volksgezondheid)

Werk

- Google: setting, werk, werkplek, werkvloer, settinggericht werken, gezondheidsbevordering, leefstijl, interventies, programma's, integrale aanpak
- Websites: werk, bedrijf, zakelijk, leefstijl, gezondheidsbevordering
- Interventiedatabase: werkstress

Registratie verzamelde informatie

Van elk gevonden programma is een aantal kenmerken vastgelegd op een standaardformulier (voor elk programma een apart standaardformulier), zoals de aanleiding en het doel van het programma, thema('s) en/of doelgroep(en) en de interventies waaruit het programma bestaat. Er is onderscheid gemaakt tussen omgevingsgerichte en individugerichte interventies. Kansen en knelpunten bij de uitvoering en/of implementatie van het programma zijn eveneens beschreven indien dit vermeld was in de projectbeschrijvingen.

Ook de actoren van elk programma zijn op een standaardformulier vermeld, zoals de initiatiefnemers, financiers, ontwikkelaar(s), de organiserende partij(en) en de uitvoerders. Tevens zijn de taken en verantwoordelijkheden van deze partijen en informatie over samenwerking vastgelegd indien deze informatie voorhanden was.

Interviews

In de interviews is gevraagd naar de onderbouwing van de gekozen programma's, naar evaluatiegegevens en naar de behoefte aan ondersteuning bij het ontwikkelen, uitvoeren en/of implementeren van het programma. Ook is gevraagd naar de verschillende actoren die betrokken zijn bij het programma en naar de verschillende financieringsstromen. Daarnaast is specifiek gevraagd naar kansen en knelpunten bij de implementatie van de programma's. Ten slotte is ingegaan op de mogelijke rol van het CGL. Van elk interview is een verslag gemaakt. De geïnterviewde personen zijn geselecteerd aan de hand van de gevonden programma's uit de internetsearch uit het eerste deel.

Wijk

Voor de interviews over wijkgerichte gezondheidsbevordering zijn twaalf programma's geselecteerd die zicht konden geven op:

- de in de internetsearch gevonden systematische werkwijzen;
- programma's die bedoeld zijn als proeftuin en ergens anders kunnen worden overgenomen;
- programma's die lokaal zijn ontwikkeld op basis van de communitybenadering;
- programma's met aandacht voor: omgevingsmaatregelen, verbinden van preventie en zorg, interventies op meerdere preventieniveaus, en/of intersectorale samenwerking.

Bij de selectie is daarnaast rekening gehouden met:

- voldoende variatie in de thema's en doelgroepen;
- programma's uit stedelijke regio's en een programma uit een plattelandsregio.

Er zijn alleen projectleiders van lopende programma's geïnterviewd. De interviews zijn gehouden met personen uit de volgende programma's: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Thuis op straat' (een project van Communities that care), 'De wijk, een bron van energie' (NISB), 'WijkSlag' (NIGZ), 'Integrale aanpak depressiepreventie: veerkracht Leiden' (GGD Hollands Midden), 'Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek' (GGD Gelre IJssel), 'B.Slim Amersfoort' (GGD Midden Nederland), 'Gelijke gezondheid, gelijke kansen' (GGD Hart voor Brabant), 'Samen gezond Zwolle' (GGD IJsselland), 'Gezond in de buurt' (GGD Brabant ZuidOost), 'Gezond samen leven' (GGD Zuid-Limburg), 'Natuurlijk gezonde wijken' (GGD Den Haag) en 'Gezonde wijk Overvecht' (GGD Utrecht).

Werk

Er zijn tien interviews afgenomen over gezondheidsbevordering in de werksetting. De geïnterviewde personen zijn geselecteerd aan de hand van de gevonden programma's uit de internetsearch uit het eerste deel. Er is contact gezocht met de projectleiders van de programma's. Voor de leefomgeving werk zijn daarnaast personen benaderd die werkzaam waren bij belangrijke organisaties binnen de werksetting. Deze geïnterviewde organisaties waren geen eigenaar van de gevonden programma's. Geïnterviewde organisaties waren:

- ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;
- TNO;
- Baart & Raaijmakers;
- ArboNed;
- Consument & Veiligheid;
- NISB;
- Indigo Gezond Werken;
- Vakbond de Unie;
- Lifeguard.

De interviews betreffen uitsluitend professionals die gezondheidsbevorderende programma's aanbieden. De uitvoerende professionals op de werkplek zelf zijn niet geïnterviewd.

2.1.2 In- en exclusiecriteria

De programma's in deze inventarisatie voldoen aan de volgende criteria:

- Er is sprake van intersectorale samenwerking, oftewel samenwerking tussen lokale partijen uit verschillende sectoren.
- Het programma bevat een mix van activiteiten en meerdere vormen van preventie (universeel, selectief en/of geïndiceerd).
- Het programma is in voldoende mate omschreven (denk hierbij aan informatie over de opzet en doelstelling van het programma en de bij het programma betrokken actoren).
- Het programma richt zich op een geografische omgeving die ruimtelijk en sociaal is af te bakenen (zie ook *paragraaf 2.1.3*).
- Het programma is in de laatste vijf jaar uitgevoerd.

Losse interventies en programma's die niet specifiek voor de leefomgeving wijk zijn bedoeld, maar in meerdere settings kunnen worden ingezet, vallen buiten deze inventarisatie.

De bovengenoemde criteria bleken niet allemaal te passen bij de bestaande programma's in de *setting werk*. Daarom hebben we voor programma's binnen de werksetting gedeeltelijk andere criteria gehanteerd:

- Het programma wordt gedragen door de werkgever.
- Het programma bestaat uit een mix van activiteiten (al dan niet gericht op meerdere vormen van preventie).
- Het programma is in voldoende mate omschreven (zie toelichting bij setting wijk).

Programma's gericht op mensen die al ziek zijn (re-integratie of verkorten duur ziekteverzuim) zijn *niet* geïnccludeerd. Hetzelfde geldt voor programma's die primair gericht zijn op het verhogen van de productiviteit van werknemers of het veranderen van de organisatie/bedrijfscultuur.

2.2 Afbakening van begrippen

Gezondheidsbevordering en preventie

In de visienota van VWS (VWS, 2007a) is preventie gedefinieerd als: ‘Het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen’. Dit rapport hanteert een iets specifiekere definitie en richt zich uitsluitend op maatregelen die het gedrag kunnen beïnvloeden, ofwel rechtstreeks, of via de omgeving.

Bovendien gaat het rapport alleen in op maatregelen gericht op gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

- Gezondheidsbevordering beoogt het stimuleren van een gezonde levensstijl en het handhaven van een gezonde leefomgeving.
- Ziektepreventie betreft het voorkomen van specifieke ziektes bij individuen die het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. Dit kan zowel selectieve als geïndiceerde preventie zijn.

In dit rapport gebruiken we voor de leesbaarheid alleen de term gezondheidsbevordering, maar daarmee bedoelen we ook ziektepreventie. Gezondheidsbevordering in de setting werk betreft overigens niet uitsluitend gezondheidsklachten ten gevolge van het werk, maar ook gezondheid in het algemeen. Een ongezonde leefstijl en gezondheidsklachten kunnen immers ook het functioneren van een persoon op het werk nadelig beïnvloeden.

Gezondheids*bescherming* valt buiten het bestek van dit project: maatregelen (veelal wet- en regelgeving) ter bescherming tegen gezondheidsbedreigende factoren, zoals straling en verontreiniging.

Leefstijlthema's

We beperken ons tot programma's die thema's omvatten waar het CGL zich met name op richt, namelijk lichamelijke activiteit, gezonde voeding, roken, overmatig alcohol- en drugsgebruik, psychische gezondheid (waaronder depressie, angst en stress), veilige omgeving ter preventie van ongevallen en veilige en gezonde seks.

Setting

VWS spreekt in haar kennisvraag over een oriëntatie op *settings*. Binnen dit project is het hoofdkenmerk van een setting dat de omgeving aangrijpingspunt kan zijn om gezond gedrag te bevorderen of ziekte te voorkomen. Daarom is een setting in dit rapport gedefinieerd als *leefomgeving*: een plek waar mensen een groot deel van hun actieve leven doorbrengen en die sociaal en ruimtelijk af te bakenen is. Dat kan zowel de sociale als de fysieke omgeving zijn. Een ander kenmerk van een setting in relatie tot gezondheidsbevordering is dat het een ingang is om een grote groep mensen te bereiken.

- *Leefomgeving wijk*: Een wijk is een geografisch afgebakend gebied waarbinnen bewoners een aantal gedeelde fysieke en sociale kenmerken hebben. De *geografische* afbakening van een ‘wijk’ varieert. Grote steden zijn vaak opgedeeld in stadswijken, terwijl in kleinere steden en gemeenten een ‘wijk’ het gehele dorp of de gehele gemeente omvat. De *sociale* afbakening kan eveneens variëren, met name als de gezondheidsbevordering zich richt op specifieke doelgroepen. Voorbeelden hiervan zijn bewoners met een lage sociaaleconomische status (SES), verschillende allochtone groepen of ouderen. Gezondheidsbevordering in een wijk kan op zichzelf staan, maar kan ook onderdeel zijn van een breder beleidsthema, zoals leefbaarheid en veiligheid, zorg en gezondheid, opvoeding en onderwijs, recreatie en ontspanning.

- *Leefomgeving werk*: De werkplek is evenals de leefomgeving wijk een geografisch afgebakend gebied waarbinnen werknemers een aantal gedeelde kenmerken hebben. Het is te definiëren als de plek waar een werknemer zijn werk uitvoert. De werknemers hebben een gemeenschappelijke fysieke en sociale werkomgeving. De geografische afbakening van een werkomgeving varieert, afhankelijk van de sector. Werksectoren zijn bijvoorbeeld de bouwsector, agrarische sector, midden- en kleinbedrijf, gezondheidszorg, horeca, onderwijs (NCvB, 2009). De *fysieke* omgeving van een werkplek is dus heel divers en kan bijvoorbeeld bestaan uit een kantoor, boerderij, school, bouwterrein, horecagelegenheid of een winkel. Soms verschilt de werkplek van de werkgevende instantie van de daadwerkelijke werkplek van de werknemer. Dit is bijvoorbeeld het geval bij mensen die veel moeten reizen voor hun werk of mensen die thuis werken. De *sociale* omgeving van een werkplek wordt grotendeels bepaald door collega's en de cultuur van de werkplek.
-

DEEL I WIJK

Kernpunten

- De gemeente is meestal de initiatiefnemer van een programma voor gezondheidsbevordering in de wijk.
- De betrokken GGD en/of thema-instituut heeft vaak een coördinerende rol binnen een programma voor gezondheidsbevordering in de wijk.
- Gezondheidsbevordering in wijken richt zich meestal op het stimuleren van bewegen en gezonde voeding en op psychische gezondheid.
- Systematische werkwijzen voor gezondheidsbevordering in de wijk zijn ‘WijkSlag’, ‘Communities that care’, de ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’, het ‘Nationaal Actieplan Sport en Bewegen’ en de BOS-projecten.
- Bij programma’s met een communitybenadering wordt samen met de doelgroep (bewoners en/of professionals) gezocht naar thema’s die aansluiten bij de belangstelling, cultuur en de gezondheid van de doelgroep.
- Sommige programma’s richten zich primair op de organisatie van gezondheidsbevordering in een wijk. Deze programma’s proberen samenhang te brengen in het bestaande interventieaanbod.
- De gevonden maatregelen gericht op de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om bewegen en gezonde voeding te stimuleren. Voorbeelden zijn het aanleggen, aanpassen of opknappen van sport- en speelplekken en een gezond voedingsaanbod in schoolkantines of jeugdthonk.
- Maatregelen gericht op de sociale omgeving hebben tot doel om de sociale cohesie in de wijk te versterken, een sociaal draagvlak te creëren voor gezondheidsbevorderende activiteiten en om de sociale steun in de wijk te versterken.
- Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma’s op gezondheidsmaten. Vaker is gekeken naar procesdoelen en naar gedragsverandering, zoals beweeg- en voedingsgewoonten.

3 Relevante actoren wijk

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de relevante partijen die betrokken zijn bij gezondheidsbevordering in de leefomgeving wijk. *Paragraaf 3.2* schetst kort de belangrijkste wettelijke kaders. *Paragraaf 3.3* geeft informatie over de financiering van wijkgerichte programma's. *Paragraaf 3.4* schetst de belangrijkste partijen die betrokken zijn bij wijkgerichte gezondheidsbevordering. *Paragraaf 3.5* gaat in op landelijke netwerken voor de leefomgeving wijk. Een uitgebreider overzicht van landelijke actoren op het gebied van gezonde leefomgeving is recent beschreven door TNO (Engbers et al., 2009). Een overzicht van alle programma's voor de leefomgeving wijk is weergegeven in *bijlage 2*. De relevante actoren zijn per programma weergegeven in *bijlage 3*. De blokletters achter een programma in de onderstaande tekst (tussen haakjes) verwijzen naar de programma's die beschreven zijn in deze bijlagen.

3.2 Wettelijk kader

Kaders zijn Preventienota, Wet Publieke Gezondheid en Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De belangrijkste wettelijke kaders voor gezondheidsbevordering en preventie in de wijk zijn de landelijke Preventienota van het ministerie van VWS, de Wet Publieke Gezondheid (WPG; voorheen de WCPV) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Busch, 2006, BZK 2009). In de landelijke preventienota stelt het ministerie van VWS iedere vier jaar de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie vast. De speerpunten uit deze nota dienen als leidraad voor het lokale gezondheidsbeleid. In de laatste preventienota, 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006), ligt de nadruk op het bevorderen van een gezonde leefstijl op het gebied van roken, overgewicht en alcoholgebruik en op preventie van diabetes en depressie. Volgens de Wet Publieke Gezondheid zijn gemeenten bestuurlijk verantwoordelijk voor de collectieve preventie in hun gemeente. Elke gemeente is verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de lokale ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie. Gemeenten laten hun wettelijke taken op het gebied van publieke gezondheid in de praktijk deels uitvoeren door 'hun' GGD.

Wmo biedt kansen voor intersectorale samenwerking

De kern van de Wmo is dat gemeenten burgers in staat moeten stellen om mee te doen aan de samenleving. De Wmo biedt een gemeente kansen om meer te doen op het gebied van intersectorale samenwerking bij gezondheidsbevordering. Een van de prestatievelden van de Wmo is bijvoorbeeld het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten. Dit raakt naast de sector gezondheidszorg ook andere sectoren, zoals wonen, ruimtelijke ordening, integratiebeleid, veiligheid en economie.

3.3 Financiering

Gemeente is belangrijke financier

De gemeente is een belangrijke partij voor financiering van programma's voor gezondheidsbevordering. Vaak putten ze uit extra middelen, zoals 'Gezonde Slagkracht' (zie onder). Soms worden programma's (deels) gefinancierd door een landelijke impuls zoals het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB), BOS-impuls, Krachtwijkenaanpak of het Grotestedenbeleid (zie onder). De organisaties die de aanpak ontwikkelen en uitvoeren kunnen tevens een eigen bijdrage leveren in de vorm van arbeidsuren. In sommige gemeenten financieren zorgverzekeraars een specifiek deel van het programma. In Deventer is 'Rivierenwijk beweegt' (C)¹ onderdeel van de bredere aanpak van deze wijk vanwege het krachtwijkenbeleid. De woningcorporatie investeert mee in leefbaarheid en bewonersbetrokkenheid.

Subsidieregelingen

Hieronder hebben we de belangrijkste landelijke subsidieregelingen op een rijtje gezet.

- *Fonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ)*. Het Fonds OGZ stimuleerde van 2001 tot 2006 projecten voor (inter)gemeentelijk gezondheidsbeleid. Het Fonds gaf financiële ondersteuning aan gemeenten, GGD'en en andere organisaties werkzaam binnen de OGZ. Het fonds bood ruimte voor innovatie en creativiteit om het proces van versterking van de openbare gezondheidszorg daadwerkelijk in te zetten (GGD Nederland, 2009a; Schaafsma en de Groot, 2006).
- *Subsidie van de Provincie*. Gemeenten kunnen subsidies aanvragen bij de provincie, bijvoorbeeld voor programma's die sportdeelname bevorderen en voor preventief jeugdbeleid (Provincie Gelderland, 2009).
- *Grotestedenbeleid* (WWI: www.grotestedenbeleid.nl). De subsidie is bedoeld om de positie van steden te versterken en sociaaleconomische, maatschappelijke en etnische achterstanden te voorkomen. Het Grotestedenbeleid heeft drie aandachtsgebieden: fysiek, economisch en sociaal (waaronder leefbaarheid, veiligheid en zorg). De derde termijn van het Grotestedenbeleid (2005-2009) kent drie brededoeluitkeringen bedoeld voor in totaal 31 steden. Het Stedenbeleid 2010-2014 wordt de opvolger van het Grotestedenbeleid. De sociale pijler blijft bestaan, maar de economische pijler vervalt en er wordt flink bezuinigd op de fysieke pijler. Vanuit het Stedenbeleid wordt een nieuw subsidieprogramma opgezet: Gezond in de stad. Dit is bedoeld voor de G31 (www.kei-centrum.nl, 2009). De gezondheidsmakelaar is een van de manieren waarop steden invulling kunnen geven aan het thema gezondheid binnen de sociale pijler. Vier steden hebben hiervoor gekozen.
- *Stimulerings- en impulsregelingen (landelijke overheid)*. Ministeries hebben de mogelijkheid om stimuleringsregelingen op te starten. Voorbeelden hiervan zijn Ruimte voor Contact (VROM/WWI, 2009) en de Impuls Brede Scholen, sport en cultuur (VWS/OCW, 2007). Impulsregelingen zijn tijdelijk en vragen over het algemeen een bijdrage van gemeenten zelf. Ook de BOS-impuls en het NASB zijn Impulsregelingen (zie ook *paragraaf 4.3.1*).
- *ZonMw programma's (ZonMw)*. ZonMw verstrekt onder andere subsidies voor onderzoek naar of ontwikkeling van wijkgerichte aanpakken. In dit kader zijn de volgende programma's relevant:
- *Gezonde Slagkracht* (www.gezondeslagkracht.nl). De subsidie is bedoeld voor gemeenten die willen investeren in een integrale aanpak op gezondheid. Het programma ondersteunt gemeenten bij het ontwikkelen en uitvoeren van een integrale aanpak van gezondheid op de thema's overgewicht, alcohol, roken en drugs. In 2009 lag het accent op het thema overgewicht. Het

¹ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2*.

programma is ontwikkeld voor het vergroten en versterken van een bestuurlijke aanpak met effectieve interventies.

- *4^e Preventieprogramma ZonMw, deelprogramma 1: Gezonde leefstijl en gezonde omgeving:* www.zonmw. In dit deelprogramma staat de verbinding tussen leefstijl en omgeving centraal. Een van de prioriteiten is het ontwikkelen, evalueren en implementeren van interventies gericht op een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving in settings, met name wijk.
- *Zichtbare Schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.* Het programma beoogt de integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn te verbeteren door inzet van aantoonbaar meer wijkverpleegkundigen.
- *Programma Lokaal Gezond (NIGZ).* Dit programma ondersteunde gedurende een periode van drie jaar (2005-2008) GGD'en en gemeenten in de uitvoering van gezondheidsbevordering (NIGZ, 2009a). Elf geselecteerde regio's kregen ondersteuning bij het verder uitbouwen van lokaal ontwikkelde 'best practices' of het geschikt maken van programma's voor bredere implementatie in de eigen en andere regio's.

3.4 Relevante actoren

3.4.1 Lokale partijen

Initiatief ligt meestal bij gemeente en/of GGD

Het initiatief voor gezondheidsbevordering in wijken ligt over het algemeen bij gemeenten of de GGD, eventueel in samenwerking met lokale partijen zoals thuiszorg-, welzijns- verslavings- of GGZ-instellingen (zie *bijlage 3*). Landelijke subsidieregelingen kunnen gemeenten stimuleren om gezamenlijk te werken aan gezondheidsproblemen. De coördinatie van een gezondheidsbevorderend programma ligt vaak bij de GGD. Soms is de GGD niet betrokken en heeft een woningcorporatie de regierol voor zowel fysieke als sociale herstructurering in de wijk. De expertise van de GGD wordt vaak gebruikt bij de ontwikkeling van het programma.

Inzet van gemeente essentieel voor intersectoraal werken

In veel programma's wordt een duidelijke verbinding van de gemeente aan het programma gezien als cruciaal voor het succes van het programma. Dat geldt zeker voor programma's met een intersectorale aanpak. Die verbinding kan een gemeente vorm geven door het voortouw te nemen in overlegstructuren of door actief te bemiddelen binnen diverse gemeentelijke sectoren/beleidsreinen. De gemeente kan ook partijen in een wijk sturen op deelname en inzet in het project en heeft meestal zeggenschap over en een sturende rol in de overlegstructuren in een wijk.

Wijkgerichte programma's worden aangestuurd door coördinator en projectgroep

De initiatiefnemer van een wijkgericht programma stelt (vaak) een projectcoördinator aan, al dan niet uitgebreid met een projectgroep (zie *bijlage 3*). De coördinator is verantwoordelijk voor de inhoud van het actieprogramma en treedt op als procesmanager. Hij onderhoudt alle contacten en zoekt ook partners buiten het gezondheidsdomein, zoals andere gemeentelijke beleidsvelden. In het programma 'Natuurlijk gezond Den Haag' (Q)² is hiervoor een gezondheidsmakelaar aangesteld (zie onder). De coördinator is meestal iemand van de GGD of een landelijk thema-instituut, zoals NIGZ of NISB. Bij het programma 'De wijk: een bron van energie' (N) is de projectleiding in een aantal wijken door sportservice of gemeente opgepakt.

² De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 3*.

Projectgroep bestaat uit diverse lokale partijen

In een projectgroep zitten meestal leden van organisaties die betrokken waren bij de ontwikkeling van het programma, eventueel aangevuld met leden van organisaties waarvan toekomstige betrokkenheid wordt verwacht. De partijen in de projectgroep verschillen, afhankelijk van de gekozen thema's. Meestal gaat het om lokale organisaties zoals thuiszorg, wijkverpleging, welzijnsinstellingen, ziekenhuizen en de GGZ, scholen, horeca of sportorganisaties. Waar mogelijk wordt aangesloten bij partijen die actief zijn in bestaande structuren in de wijk. Hier zit soms ook wijkbeheer of een woningcorporatie bij. Voor het ontwikkelen en uitvoeren van omgevingsmaatregelen zijn woningcorporaties, specifieke gemeentelijke beleidsterreinen of specifieke organisaties betrokken. In een aantal projecten zijn universiteiten of academische werkplaatsen betrokken. Via actiebegeleidend onderzoek hebben zij ook een invloed op de uitvoering.

Wijkbewoners zijn soms ook betrokken bij de uitvoering

Sommige programma's voor gezondheidsbevordering worden uitgevoerd in samenwerking met de wijkbewoners. Dit gebeurt bijvoorbeeld via buurtvertegenwoordigers en buurtcoördinatoren; soms is een speciale meedenkgroep aangesteld. Ook kan de buurtcontactambtenaar een grote rol spelen en samen met bewoners en bewonersverenigingen een Buurt Ontwikkelings Plan ontwikkelen. Dit kan vervolgens in verschillende wijken worden geïmplementeerd.

Lokale professionals voeren de activiteiten in de wijk uit

Lokale professionals voeren de gezondheidsbevorderende activiteiten van een programma uit in de wijk. Dit zijn bijvoorbeeld de thuiszorg, welzijn, ziekenhuizen en GGD. Sommige GGD'en doen zowel projectleiding als uitvoerende activiteiten, andere GGD'en kiezen er bewust voor om alleen de projectleiding te doen. Soms worden extra partijen bij de uitvoering betrokken, zoals (brede) scholen en moskeeën. Bewoners worden soms ook bij de uitvoering van activiteiten betrokken. Bij gezondheidsbevorderende beleidsmaatregelen (gericht op de omgeving) is de gemeente de uitvoerende partij. In relatie tot intersectoraal werken is er een nieuwe functie in ontwikkeling: die van 'gezondheidsmakelaar'. Een gezondheidsmakelaar is idealiter uitsluitend bezig met lobbyen en makelen voor gezondheid en is expliciet gericht op intersectoraal werken.

3.4.2 Landelijke partijen

Landelijke thema-instituten ontwikkelen themaspecifieke programma's

Themaspecifieke programma's zoals de 'Integrale Aanpak Depressiepreventie' (R)³ worden landelijk ontwikkeld en krijgen pas in de uitvoeringsfase een regio-specifieke invulling. Landelijke thema-instituten zijn hierbij de centrale partij, zoals het NIGZ, NISB of het Trimbos-instituut (zie *bijlage 3*). Het NIGZ heeft bijvoorbeeld een grote rol gehad bij de start van brede wijkgerichte projecten in de periode rond 2000. Zij waren initiator, ontwikkelden mee en ondersteunden bij de uitvoering ervan. De wijk (of gemeente of regio) is dan een plek om met zo'n programma proef te draaien. Het Trimbos-instituut doet dit bijvoorbeeld voor de thema's depressie en alcohol, onder andere de 'Integrale Aanpak Depressiepreventie'. Het NISB initieert programma's waar bewegen een centrale rol heeft, zoals 'De wijk: een bron van energie' (N), het NASB en de BOS-projecten. Thema-instituten kunnen ook inhoudelijk betrokken zijn bij lokaal ontwikkelde programma's.

³ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 3*.

3.4.3 Overige partijen

Zorgverzekeraars ontwikkelen ook programma's voor gezondheidsbevordering

Zorgverzekeraar Agis heeft een programma Grote Steden. Hieronder valt onder andere het programma 'Utrecht gezond' (G)⁴. De bedoeling is dat dit programma zich als een olievlek verspreidt naar andere steden waar Agis veel leden heeft. Speerpunten van dit programma zijn het versterken van de eerstelijnszorg en het bereiken van specifieke doelgroepen, met name bijstandsgerechtigden. Agis werkt hiertoe nauw samen met gemeenten en ondersteunt bij het opzetten van wijkzorgcentra. In deze centra werken verschillende zorgverleners samen (huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, kraamverzorgster, maatschappelijk werker en de psycholoog). In sommige projecten blijkt het moeilijk te zijn om activiteiten die incidenteel plaatsvinden in een wijk structureel in het beleid/pakket van een zorgverzekeraar opgenomen te krijgen.

3.5 Landelijke netwerken

Er zijn verschillende landelijke netwerken te onderscheiden voor de leefomgeving wijk. Gezondheid is in een deel van de netwerken een indirect doel. De netwerken zijn vooral gericht op de gemeenteambtenaren en niet zozeer op professionals Gezondheidsbevordering.

Kennisalliantie krachtwijken (VROM/WWI)

In het kader van de wijkenaanpak van VROM/WWI is de 'Kennisalliantie krachtwijken' en de daarbij behorende 'kennisportal 40 wijken' (www.kenniscentrawijken.vrom.nl) opgericht (LVG, 2009a). Doel van de alliantie is om partijen die actief zijn bij de wijkverbetering te ondersteunen met informatie vanuit de betrokken kenniscentra. De alliantie verzamelt alle relevante informatie en bundelt die naar wijk, thema en bron.

Betrokken kenniscentra zijn onder andere het Centrum voor Criminaliteitspreventie Veiligheid, KEI, MOVISIE, NISB en RIVM. Een volledige lijst is te vinden op de portal. De meeste organisaties zijn vanuit het thema stedelijke vernieuwing/ruimtelijke inrichting betrokken, enkele organisaties zijn vanuit de sociale thema's betrokken. Het RIVM en NISB zijn betrokken vanuit de gezondheidshoek. KEI is trekker van de portal en vervult een helpdeskfunctie voor gemeenten (Engbers et al., 2009). Een wens van gemeenten is dat de kennisportal in de toekomst meer maatwerk biedt. Gemeenten hebben namelijk behoefte aan gecentraliseerde en toegankelijke informatie over het thema gezonde leefomgeving en aan informatie over implementatie van de gezonde wijk in de lokale situatie. Er zijn ideeën om in de toekomst te werken aan agendasetting.

Platform Gezonde Wijk (VWS/WWI)

De landelijke overheid ondersteunt en faciliteert gemeenten van negen steden bij het opzetten en uitvoeren van het Experiment Gezonde Wijk (VROM/ WWI, 2009). Dit is een van de zeven experimentele programma's voor krachtwijken en is in 2008 opgezet door de ministeries van VWS en WWI. Dit experiment heeft als doel sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen via een integrale aanpak gericht op bewoners, de leefomgeving (inrichting openbare ruimte en stedelijke ontwikkeling) en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. De ondersteuning bestaat onder andere uit inzet van projectleiders en ambassadeurs en een platform Gezonde Wijk. De stappen in het experiment zijn:

⁴ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 3*.

1. uitgaan van een wijkanalyse;
2. vaststellen waar de meeste gezondheidswinst te behalen is;
3. inzetten van een integrale aanpak;
4. aandacht voor bewoners;
5. een gezonde leefomgeving én een preventief zorgaanbod in de wijk;
6. gebruikmaken van veelbelovende en – waar beschikbaar - effectief gebleken methodieken.

Voor de financiering kunnen de gemeenten onder andere gebruikmaken van de financieringsprogramma's van ZonMW. GGD Nederland is verantwoordelijk voor deze opdracht. Organisaties uit de kennisalliantie krachtwijken zijn betrokken. Overige organisaties zijn bijvoorbeeld thema-instituten, fietsersbond, NIGZ en het VUmc.

Platform voor wijkgericht werken (LPB: www.lpb.nl)

Het LPB is een netwerkorganisatie van en voor ambtenaren die werkzaam zijn in de wijkaanpak: regisseurs, pioniers, intermediairs, bruggenbouwers, voorlopers. Belangrijkste doelstelling van het LPB is het samenbrengen van vakgenoten en het uitwisselen van kennis en ervaring met wijkgericht werken. Het LPB richt zich op drie domeinen:

1. wijkgericht werken als methode;
2. competenties van de wijkambtenaar;
3. inzicht in wijk- en buurtvraagstukken.

Het LPB is een onafhankelijke en niet-commerciële organisatie.

Gezonde Slagkracht (ZonMw)

Gezonde Slagkracht is een implementatieprogramma van ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS (zie ook *paragraaf 3.3*). Het doel is gemeenten te ondersteunen bij het ontwikkelen en uitvoeren van een integrale aanpak van gezondheidsbeleid op de thema's overgewicht, alcohol, roken en drugs. In dit kader verzorgt het Nicis Institute een kennis- en leerprogramma met onder andere kennissetelers en een community of practice. Ook functionarissen Gezondheidsbevordering van de GGD nemen deel aan deze bijeenkomsten.

Netwerk integraal gezondheidsbeleid (RIVM)

Het Netwerk integraal gezondheidsbeleid richt zich op het uitwisselen van visie, kennis, ervaringen tussen professionals, onderzoekers en beleidsmakers die zich bezig houden met integraal gezondheidsbeleid. De relatie tussen omgeving en gezondheid is daarbij één van de thema's in een breder aandachtsgebied (Engbers et al., 2009).

Overige landelijke netwerken en platforms

- *Samenwerkingsverband Eerstelijnszorg (ministerie van VROM/WWI, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)*. Dit samenwerkingsverband ondersteunt gemeenten met krachtwijken om projecten op het grensvlak preventie/curatie via een programmatische aanpak uit te voeren en structureel in te bedden op lokaal niveau. Het doel is om te komen tot een samenwerkingsverband op landelijk niveau tussen zorgaanbieders en verzekeraars (GGD, ROS, LVG en Zorgverzekeraars Nederland).
- *Platform Groen en Stad*. Dit platform wordt onder andere door het Ministerie van Landbouw, natuur en Visserij (LNV) georganiseerd. Het doel is het verbeteren van gezondheid, milieu, economie en leefbaarheid door meer groen in de stad (Engbers et al., 2009).
- *Kopgroep Maatschappelijke voorzieningen en vastgoed (o.a. MOVISIE)*: Dit netwerk wil een vitale leefomgeving in wijken/steden bereiken door het vernieuwen van voorzieningen en vastgoed (onderwijs, sport, welzijn en zorg) (Engbers et al., 2009).

- *Ruimte voor de Jeugd en Kindvriendelijke steden (Jantje Beton, VNG, AEDES)*: Dit netwerk richt zich op de ruimtelijke verbeteringen en leefbaarheid van jongeren (Engbers et al., 2009).
- *Netwerk de levende stad (CROW)*: Gemeentelijke beleidsmedewerkers kunnen kennis en ervaringen uitwisselen over de openbare ruimte. (Engbers et al., 2009).

4 Kenmerken programma's voor gezondheidsbevordering in setting wijk

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de kenmerken van de geïnventariseerde programma's voor gezondheidsbevordering. Voor de setting wijk zijn achttien programma's gevonden. *Paragraaf 4.2* beschrijft thema's en doelgroepen voor gezondheidsbevordering in de wijk, *paragraaf 4.3* gaat in op de kenmerken van programma's. De programma's zijn onder te verdelen in systematische werkwijzen (4.3.1) en concrete, uitgewerkte programma's (4.3.2 en 4.3.3). De systematische werkwijzen zijn breed inzetbaar; dat wil zeggen: ze zijn niet voor een specifieke wijk of buurt ontwikkeld. De concrete programma's zijn wel voor een specifieke wijk of buurt ontwikkeld. Deze programma's zijn beschreven op basis van hun belangrijkste kenmerken, zoals het doel of de werkwijze. We gaan in op programma's met een communitybenadering (4.3.2) en overige kenmerken (4.3.3). *Paragraaf 4.4* beschrijft de mate waarin de programma's elementen bevatten gericht op de fysieke en sociale omgeving. *Paragraaf 4.5* ten slotte, geeft informatie over de effectiviteit van de gevonden programma's. De thema's en doelgroepen zijn per programma weergegeven in *bijlage 4*. De blokletters in de tekst (tussen haakjes) verwijzen naar de betreffende programma's in deze bijlage.

4.2 Thema's en doelgroepen

Bewegen en gezonde voeding zijn veel voorkomende thema's

Gezondheidsbevordering in wijken richt zich vaak op het stimuleren van bewegen en gezonde voeding. Ook het thema psychische gezondheid (preventie van depressie, angst en stress) komt regelmatig voor. Roken, overmatig alcoholgebruik en drugs zijn veel minder vaak een thema voor gezondheidsbevordering in de wijk. Het thema veilige en gezonde seks kwam niet voor in de gevonden programma's. Veel programma's richten zich op één of twee leefstijlthema's (meestal bewegen en gezonde voeding). De keuze voor een thema wordt bepaald op basis van epidemiologische gegevens over gezondheid en leefstijl in de wijk, in samenspraak met zorg- en dienstverleners en/of bewoners. De inhoudelijke thema's worden ook bepaald door stedelijke thema's voor achterstandswijken/gezondheidsbeleid.

Mensen met een lage SES zijn de belangrijkste doelgroep

Gezondheidsbevordering in wijken richt zich meestal op mensen met een lage sociaaleconomische status en op migranten. Deze groepen hebben vaker dan gemiddeld een ongezonde leefstijl en kampen met gezondheidsproblemen. Veel migranten hebben een lage sociaaleconomische status en vormen dus een extra hoge risicogroep voor een ongezonde leefstijl. Ook ouderen, ouders en kinderen en jongeren zijn veel voorkomende doelgroepen van gezondheidsbevordering in wijken. Sommige doelgroepen kunnen via meerdere settings worden bereikt. Kinderen en jongeren worden bijvoorbeeld ook via de setting school bereikt.

Bewegen en gezonde voeding richt zich vaak op kinderen en jongeren

Belangrijke doelgroepen voor bevorderen van bewegen en gezonde voeding zijn kinderen en jongeren, mensen met een lage sociaaleconomische status, ouderen en migranten. De programma's hebben tot doel om overgewicht bij deze groepen te voorkomen. Preventie van depressie, angst en stress wordt in

de wijk vooral ingezet bij ouderen, bijvoorbeeld als onderdeel van het programma Integrale Aanpak Depressiepreventie (R)⁵. Preventie van schadelijk alcoholgebruik wordt voornamelijk ingezet bij kinderen en jongeren.

Tabel 4.1. Thema's en doelgroepen bij wijkgerichte programma's*

Thema's	Doelgroepen
Bewegen en gezonde voeding	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren • Mensen met lage SES • Ouderen • Migranten
Depressie, angst, stress	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderen
Alcoholgebruik / drugs	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren

*Voor een overzicht van thema's en doelgroepen per programma zie *bijlage 4*

4.3 Type programma's

4.3.1 Systematische werkwijzen

Systematische werkwijzen ondersteunen bij plannen, evalueren en uitvoeren

Systematische werkwijzen ondersteunen gezondheidsprofessionals en gemeenteambtenaren bij het plannen, uitvoeren en evalueren van programma's voor gezondheidsbevordering en preventie. Deze werkwijzen kunnen gericht zijn op de aanpak in het algemeen ('WijkSlag' (O)⁶) of op de aanpak bij een specifiek leefstijlthema ('Integrale Aanpak Depressiepreventie' (R)). Sommige programma's zijn verbonden met een financiële impuls vanuit de landelijke overheid, zoals NASB, BOS-projecten en Gezonde Slagkracht (hier niet beschreven omdat het programma nog niet is gestart). Dergelijke programma's bieden naast financiering ook ondersteuning/advies. Gemeenten kunnen zelf verder invulling geven aan het programma.

WijkSlag (NIGZ)

WijkSlag is vooral gericht op gezondheidsachterstanden

WijkSlag is een interactieve website die kennis op het terrein van gezondheidsbevordering bundelt (NIGZ, 2009d). WijkSlag heeft tot doel om gemeenteambtenaren en gezondheidsprofessionals te ondersteunen bij het plannen, uitvoeren en evalueren van programma's voor een gezonde wijk. Het gaat met name om het terugdringen van gezondheidsachterstanden in een wijk. De website heeft het proces van wijkgericht werken opgedeeld in vijf fasen: verkennen, organiseren, uitvoeren, evalueren en verankeren. Deze staan in een gekleurd klaverblad op de WijkSlag-pagina. Bij het aanklikken van een willekeurige fase verschijnen er deelstappen en voorbeelden. De deelstappen laten zien wat moet gebeuren in een bepaalde projectfase. De voorbeelden verhelderen de doelstelling van de fase. Bij het aanklikken van een deelstap verschijnen instrumenten om mee aan de slag te gaan, bronnen die verwijzen naar informatieve en/of handige sites, leesbare boeken en handige instrumenten van verschillende instanties in Nederland of het buitenland en een overzicht van de mogelijke dienstverlening van het NIGZ.

⁵ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 4*.

⁶ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 4*.

Intersectorale samenwerking is één van de vier werkprincipes

WijkSlag hanteert vier werkprincipes:

1. versterken van intersectorale samenwerking;
2. creëren van politiek draagvlak;
3. bevorderen van bevolkingsparticipatie;
4. uitvoeren van resultaatgericht onderzoek.

Voor elk van deze principes biedt WijkSlag een instrument: respectievelijk de Lokale Samenwerkingswijzer, de Beleidswijzer, de Participatiewijzer en de Evaluatiewijzer. Verwijzingen naar deze werkprincipes zijn te vinden in de verschillende fasen en deelstappen.

Ontwikkeling WijkSlag langs verschillende lijnen

De inhoud van WijkSlag is tot stand gekomen via verschillende lijnen:

- *Gelijke gezondheid, het investeren waard.* In dit project, mede gefinancierd door het Fonds OGZ en ZonMw, heeft het NIGZ gedurende vier jaar samengewerkt met gemeenten en gezondheidsdiensten (GGD Zuid Limburg, Utrecht, Den Haag, Rotterdam-Rijnmond en Hart voor Brabant) om de wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen vorm te geven.
- *Het Grotestedenbeleid.* Gezondheid is een thema in het Grotestedenbeleid. Eén van de afspraken is dat de steden gezond wijkgericht werken gaan versterken. In dit kader hebben de gemeente Den Haag, GGD Nederland en de Universiteit van Amsterdam medewerking verleend.
- *De werkgroep Wijkgericht Werken aan gezondheid.* Enkele keren per jaar kwamen leden van dit netwerk - dat uit een kleine honderd professionals bestond - bijeen om ervaringen uit te wisselen. Resultaat hiervan is neergeslagen in WijkSlag.

WijkSlag is niet meer geactualiseerd

Als gevolg van de organisatorische ontwikkelingen binnen NIGZ is WijkSlag de laatste tijd niet meer geactualiseerd. De voorbeelden raken verouderd en het netwerkoverleg en een aantal ondersteunende activiteiten van het NIGZ zijn gestopt. NIGZ is wel van plan weer nieuwe energie te gaan steken in wijkgericht werken maar dan in samenhang met de functie gezondheidsmakelaar die op basis van WijkSlag is ontwikkeld. Vanuit de brede wijkgerichte programma's is er nog steeds behoefte aan een ondersteunend netwerkoverleg en een centraal punt met een taakstelling/opvatting vergelijkbaar met die van het NIGZ.

Communities that care (Nji)

Communities that care richt zich op probleemgedrag bij jongeren

Communities that care® (CtC) (K) is een gerichte preventiestrategie om probleemgedrag en maatschappelijke uitval van jongeren te voorkomen of terug te dringen (Nji, 2009). Het doel van CtC op de lange termijn is een veilige wijk te creëren waarin kinderen en jongeren worden aangemoedigd hun capaciteiten aan te spreken en zich optimaal te ontwikkelen. CtC zorgt voor een doordachte invoering van programma's op lokaal niveau. Het stelt steden en wijken in staat plannen te ontwikkelen en uit te voeren om de vroege voorspellers van probleemgedrag aan te pakken. Als sturingsinstrument geeft het aan wat de problemen zijn en welke interventies daarbij nodig zijn. Het biedt inzicht in welke programma's er zijn en hoe er door de instellingen gericht kan worden samengewerkt. De strategie bevat vijf fasen:

1. voorbereiden;
2. draagvlak creëren;
3. wijkprofiel ontwikkelen;
4. preventieplan ontwikkelen;
5. preventieplan implementeren.

Communities that care ondersteunt wijken bij invoering van het programma

CtC maakt gebruik van recente wetenschappelijke inzichten in risicofactoren en beschermende factoren. CtC richt zich binnen een wijk op geweld, jeugdcriminaliteit, problematisch alcohol- en drugsgebruik, schooluitval en tienerzwangerschappen. Een lokale probleemanalyse is onderdeel van het programma. Wijken worden bij de invoering van CtC ondersteund door gecertificeerde coaches die trainingen 'Werken met CtC' geven. De website van CtC geeft een overzicht van de belangrijkste preventieve programma's waarvan gebleken is dat ze helpen bij het terugdringen van probleemgedrag in de wijk. Ze voldoen aan bepaalde kwalitatieve criteria voor programmaontwikkeling. Wijken kunnen de hier beschreven programma's hanteren bij hun keuze van programma's en het aanbod in de wijk afzetten tegen de hier beschreven programma's. Op dit moment (2009) staan er drie programma's in voor de wijk: 'Waarden en normen in het jeugdwerk', 'Thuis op straat' en 'Marokkaanse buurtvaders'. In Nederland worden het proces, de resultaten en effecten van CtC onderzocht door het Verwey-Jonker Instituut en de DSP-groep (een landelijk bureau voor onderzoek, advies en management).

Integrale Aanpak Depressiepreventie (Trimbos-instituut)

Integrale Aanpak Depressiepreventie richt zich op ouderen

Samen met GGD Nederland heeft het Trimbos-instituut een programma ontwikkeld voor een Integrale Aanpak Depressiepreventie ouderen (R). Dit is een programma om in één of meerdere wijken in een gemeente een samenhangende aanpak te ontwikkelen met als doel depressie bij ouderen te voorkomen (Bohlmeijer et al., 2005; Ti, 2009). Het programma heeft drie speerpunten:

1. verbetering van vroegherkenning van depressieve klachten bij ouderen;
2. preventie gericht op groepen die risico lopen op depressie;
3. beleid gericht op versterking van de sociale leefomgeving.

Het programma gaat zo veel mogelijk uit van een communitybenadering (zie paragraaf 4.3.2).

Het programma bevat een handleiding en een overzicht van interventies

Het programma bestaat uit een theoretische onderbouwing, een handleiding en een overzicht van veelbelovende en effectieve interventies. De handleiding beschrijft de fasen en stappen die nodig zijn om tot een regionale integrale aanpak te komen. Het is echter geen blauwdruk in de zin dat één concrete interventie tot in detail wordt beschreven. De handleiding beschrijft de stappen die ondernomen kunnen worden en reikt een aantal instrumenten aan om een regionale projectgroep te ondersteunen bij het maken van keuzes. Een projectleider kan goede redenen hebben om een stap (voorlopig) over te slaan of anders in te vullen. Niet alle stappen zijn volledig uitgewerkt. De keuze van een methodiek en de inhoud van een conferentie hangen immers mede af van het verloop van het samenwerkingsproces of de voorkeuren en ervaringen van de projectleider en de deelnemers. Op basis van praktijkervaringen kunnen in de toekomst voorbeelden van concrete uitwerkingen in de handleiding worden opgenomen.

De handleiding beschrijft vijf fasen voor een integrale aanpak

De handleiding beschrijft vijf fasen:

1. oriëntatie en probleemanalyse;
2. oplossingverkenning;
3. actieplanning;
4. uitvoering;
5. bijstelling.

De vijf fasen omvatten samen veertien concrete stappen: quick-scan demografie, risicoprofiel wijk, gesprek met wethouder, actorenanalyse, startbijeenkomst, quick-scan oplossingen, quick-scan facetbeleid, werkbezoeken, visieconferentie, werkconferentie, actieplan, uitvoering, evaluatie en bijstelling actieplan.

Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NISB)

Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) stimuleert burgers om te kiezen voor een actieve leefstijl (NISB, 2009a). De doelgroep bestaat uit alle mensen die de beweegnorm niet halen. Het NASB biedt activiteiten aan op het gebied van sport, spel, fitness en beweging in het 'gewone' dagelijkse leven. Het NASB richt zich onder andere op bewegen en sporten in honderd gemeenten met de grootste gezondheidsachterstanden. Het programma wordt gefinancierd door de landelijke overheid (zie *paragraaf 3.3*). De overheid wil gemeenten stimuleren om beweeginterventies onderdeel te maken van het lokale gezondheidsbeleid. Dit gebeurt op twee manieren:

- via een Basispakket Ondersteuning: informatie, ondersteuning bij analyse van de lokale situatie, hulpmiddelen en instrumenten om tot een goede keuze van interventies te komen, deskundigheidsbevordering, inzicht in goede voorbeelden en een adviesgesprek met een NASB-regioadviseur;
- via een eenmalige financiële bijdrage van de landelijke overheid (voor honderd geselecteerde gemeenten met de grootste gezondheidsachterstand).

Het NASB biedt een overzicht met succesvolle beweeginterventies en biedt advies, begeleiding en materialen van de '30 minuten bewegen campagne'.

Buurt-Onderwijs-Sport-projecten (NISB/MOVISIE)

BOS-projecten pakken gezondheidsachterstanden bij kinderen en jongeren aan

Een BOS-project is een voorloper van het NASB (zie boven; NISB/MOVISIE, 2009). BOS-projecten worden gefinancierd via de BOS-impuls, een tijdelijke stimuleringsmaatregel van VWS. Het doel van de subsidie is om achterstanden van kinderen en jongeren aan te pakken. Het laagdrempelig aanbieden van programma's moet een gezonde en actieve leefstijl bevorderen én onderwijs- en opvoedingsachterstanden terugdringen. Buurt-, onderwijs- en sportorganisaties werken samen onder regie van de gemeente om een BOS-project op wijkniveau te realiseren. Sportactiviteiten maken in ieder geval onderdeel uit van de BOS-programma's. Meestal spelen ook gezondheidsonderwijs en buurtactiviteiten een rol. Zo wordt tevens de onderlinge betrokkenheid in de buurt vergroot. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. De ondersteunende BOS-website bevat onder andere tips voor de startfase, uitvoering en inhoudelijke verantwoording van een BOS-project. Ook biedt het een overzicht van instrumenten voor monitoring en evaluatie. Er lopen momenteel 443 BOS-projecten in Nederland.

BOS-kompas helpt bij monitoren en evalueren van het project

Als onderdeel van het programma kunnen gemeenten gebruik maken van het BOS-kompas (www.boskompas.nl). Dit is een instrument (een cd-rom) waarmee de gemeente het BOS-project kan monitoren en evalueren. Per wijk, buurt, stadsdeel of gemeentekern kan de gemeente het gedrag van de doelgroep volgen op de domeinen sport en bewegen, gezondheid, opvoeding, onderwijs, welzijn en/of overlast.

4.3.2 Programma's met een communitybenadering

Participatie doelgroep en empowerment zijn kenmerken van communitybenadering

De communitybenadering is een open benadering waarin samen met de doelgroep (bewoners en/of professionals) gezocht wordt naar thema's die aansluiten bij de belangstelling en de cultuur van gezondheid van de doelgroep (NIGZ, 2009b; Harting en Van Assema, 2007). De communitybenadering heeft in de praktijk verschillende vormen bestaande uit een combinatie van de volgende aspecten:

- participatie van de doelgroep: het meedoen en meebeslissen van de doelgroep;
- empowerment: mensen in staat stellen tot controle over persoonlijke, sociale, economische en politieke krachten, zodat zij hun eigen leefsituatie kunnen verbeteren;

- intersectorale samenwerking: samenwerking in planning en uitvoering tussen verschillende sectoren, zodat dat meerdere facetten van een gezondheidsprobleem gelijktijdig aangepakt kunnen worden;
- sociale netwerkbenadering: er wordt geprobeerd informatie te verspreiden via leden van bestaande netwerken; van inwoner naar inwoner en van netwerk naar netwerk;
- omgevingsstrategie: niet alleen het individu maar ook de sociale en fysieke omgeving van het individu staat centraal;
- bottom-up strategie: met de doelgroep en belanghebbenden wordt samengewerkt aan wat zij als probleem ervaren;
- aansluiten bij de lokale situatie: er wordt zo veel mogelijk aangesloten bij bestaande structuren en initiatieven;
- politieke betrokkenheid: draagvlak voor een communityproject onder de stakeholders, waaronder de politiek, is van belang voor het slagen van een project;
- gegevens als basis: deze bestaan vaak uit epidemiologische gegevens, en een inventarisatie onder de betrokkenen over hun beleving van de gezondheidssituatie.

Communitybenadering wordt vaak ingezet bij mensen met lage SES

De communitybenadering wordt in andere sectoren al geruime tijd toegepast. De toepassing in de Nederlandse gezondheidsbevordering is relatief recent en vindt meestal plaats binnen wijkgerichte preventieprogramma's. Programma's met een communitybenadering worden vaak ingezet bij mensen met een lage SES (Schrijvers en Storm, 2009). Deze doelgroep is moeilijk te bereiken met reguliere preventieprogramma's. Ook zijn de 'traditionele' methodieken door hun cognitieve karakter weinig geschikt voor mensen met een lage opleiding. Bewoners en professionals kunnen worden ingezet bij het verkennen van de problematiek, bij het ontwikkelen van een programma en/of bij het organiseren van de uitvoering van het programma. Bewoners worden onder andere betrokken via focusgroepen en bewonersplatforms. De meeste van de gevonden programma's hanteren een vorm van de communitybenadering (zie bijlage 2).

LENS-methode helpt bij de keuze voor leefstijlthema's

Een instrument om thema ('s) voor gezondheidsbevordering te bepalen is de LENS-methode (Leefbaarheidsanalyse Nieuwe Stijl; Attema, 1991; MOVISIE, 2009; IPP, 2009). De LENS-methode is een variant op de Delphi-methode, waarin deskundigen anoniem, schriftelijk ondervraagd worden. Om consensus te bereiken onder betrokkenen worden de resultaten in een zich herhalend proces voorgelegd aan de deelnemers. De LENS-methode bestaat uit vijf fasen, van het in kaart brengen van de gezondheidssituatie tot het ontwikkelen van interventies. Dit instrument inventariseert wat de wensen van de wijkbewoners zijn voor het verbeteren van de leefbaarheid in de wijk. Dit kunnen wensen op het gebied van gezondheidsbevordering zijn, maar ook wensen op het gebied van bijvoorbeeld veiligheid. Bij de uiteindelijke keuze voor thema's kunnen ook epidemiologische gegevens uit de lokale Gezondheidsmonitor gebruikt worden.

Referentiekader bruikbaar bij opzetten voor community-aanpak

Verschillende programma's maken gebruik van het Referentiekader (Saan en De Haes, 2005) bij het opzetten van een communitybased programma. Het referentiekader helpt onder andere om met de gemeente en met andere partijen in gesprek te gaan over de community-aanpak.

4.3.3 Overige kenmerken

Verbeteren van de gezondheidstoestand in een wijk is een belangrijk doel

De meeste programma's hebben primair tot doel om de gezondheidstoestand in de wijk te verbeteren (zie bijlage 4). Voorbeeld is het inmiddels afgeronde 'Hartslag Limburg' (E)⁷ in de regio Zuidelijk-Zuid-Limburg. Dit programma richtte zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl op het gebied van roken, bewegen en voeding. Het doel was om hart- en vaatziekten te voorkomen. Er zijn uiteenlopende activiteiten en campagnes opgezet voor de inwoners van de regio. Er was speciale aandacht voor het bereiken van achterstandsgroepen. Een deel van het programma richtte zich specifiek op hoogrisicogroepen. Patiënten kregen bij huisartsen en in het ziekenhuis een speciale interventie. Onderdeel daarvan was de inzet van een gezondheidsadviseur voor het voeren van adviesgesprekken over een gezonde leefwijze.

Programma's gericht op de organisatie van gezondheidsbevordering

Sommige programma's richten zich (onder andere) op de *organisatie* van gezondheidsbevordering in een wijk. Deze programma's beogen om samenhang te brengen in het bestaande interventieaanbod. Het programma 'Utrecht gezond' (G) heeft bijvoorbeeld tot doel om ketenzorg in de wijk te bevorderen, zodat mensen sneller op de juiste plaats hulp kunnen krijgen. Het gaat om de samenhang tussen welzijn, preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Het programma 'Communities that care' (K) biedt eveneens structuur in het bestaande aanbod. Het biedt inzicht in welke programma's er zijn en hoe de betrokken instellingen gericht kunnen samenwerken. Ook in het programma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' (H) (inmiddels opgevolgd door het programma 'Natuurlijk: gezonde wijken' (Q)) is het versterken van de zorgketen een speerpunt. Zowel de eerste- als de tweedelijnszorg is bij het programma betrokken. De 'Integrale Aanpak Depressiepreventie (R) heeft onder andere als doel te zorgen voor een betere toeleiding naar bestaand aanbod en richt zich daarmee primair op de intermediairen in de wijk.

Nieuwe of bestaande interventies?

Sommige programma's bestaan uit een combinatie van bestaande interventies; bij andere programma's worden nieuwe interventies 'op maat' ontwikkeld. De programma's 'Samen gezond' (B) en 'Alcoholmatiging jeugd' (P) maken bijvoorbeeld waar mogelijk gebruik van bestaande interventies. Als die er niet zijn, wordt er een nieuwe interventie ontwikkeld. De gevonden programma's lijken weinig gebruik te maken van landelijk ontwikkelde interventies en bestaan meestal uit lokaal ontwikkelde interventies. Programma's hebben vaak wel de wens om te werken met landelijke, effectief bewezen interventies. Er wordt graag gebruikgemaakt van het bestaande aanbod van ketenpartners als GGZ, thuiszorg, wijk- en buurtwerk, verslavingszorg, maatschappelijk werk, vooral voor *structurele/langdurige interventies*. Aansluiten bij bestaande lokale interventies heeft als voordeel dat wijkbewoners bekend zijn met het aanbod en dat samenwerking minder energie kost.

Verskillende redenen om zelf interventies te ontwikkelen

Uit de interviews blijkt dat projectleiders van wijkgerichte programma's vaak zelf interventies ontwikkelen om de volgende redenen:

- De wens om vraaggericht te werken. De professionals/bewoners (oftewel de vragers) hebben al een idee van hoe het zou moeten. Om het draagvlak niet te verliezen wordt dit dan als uitgangspunt genomen.
- Soms zijn aanpakken in de wijk zo nieuw dat er geen bestaand interventieaanbod is.

⁷ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in bijlage 2 en bijlage 4.

- Bestaande interventies passen vaak niet bij de omvang van de wijk of bij de specifieke doelgroepen. Er zijn bijvoorbeeld weinig geschikte interventies voor lage SES-groepen. Soms worden bestaande interventies dan aangepast aan de lokale situatie.
- Het zoeken naar effectieve interventies kost veel tijd en energie. Soms doordat het aanbod te groot en breed is, en soms juist doordat de gewenste interventie te specifiek is en daardoor niet in het bestaande landelijke aanbod voorkomt.

Ontwikkeling van een breed inzetbare aanpak

Sommige programma's hebben tot doel om een aanpak te ontwikkelen die ook in andere wijken of gemeenten in te zetten is. Een voorbeeld hiervan is 'Gezond samen leven' (voorheen 'Uw buurt gezond' (A; zie *bijlage 2*). Dit is een wijkgerichte aanpak in oostelijk Zuid-Limburg. Naast het verbeteren van de gezondheid (onder andere bewegen en gezonde voeding) is het doel om de wijkgerichte aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen verder te ontwikkelen en bij te dragen aan de landelijke implementatie. Het programma werkt met een communitybenadering. Het programma maakt ook gebruik van de werkprincipes van 'WijkSlag' (O; zie *paragraaf 4.3.1*). Ook de activiteiten die ontwikkeld worden in het programma 'De wijk: een bron van energie' (N) zijn bedoeld om in meerdere wijken te kunnen inzetten. Andere voorbeelden die met een 'proeftuin' werken zijn 'Samen gezond' (B) en 'Gelijke gezondheid, gelijke kansen' (D). Bij deze programma's fungeert één wijk als proeftuin voor de andere wijken binnen de stad. Binnen 'Natuurlijk gezonde wijken' (Q) is de functie van de Gezondheidsmakelaar uitgewerkt. Deze functie wordt nu op meerdere plaatsen ingezet. Binnen het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant vindt uitwisseling plaats tussen de diverse wijkgerichte programma's in verschillende steden. Bij 'Gezond in de buurt' (F) daarentegen is het wijkgericht werken zover doorgevoerd dat het er soms op lijkt dat in iedere wijk het wiel weer opnieuw uitgevonden moet worden. Veel themagerichte programma's zijn gericht op verspreiding over meerdere wijken. De proefimplementatie is in een of enkele geselecteerde wijken met het idee om het programma ook toepasbaar te maken voor andere wijken. Zo wordt in de alcoholmatigingsaanpak in de Achterhoek een standaard aanpak gehanteerd die in een aantal andere gemeenten (ook buiten de Achterhoek) op maat wordt ingevuld.

Sommige programma's zetten in op integraal gezondheidsbeleid

Bij een deel van de gevonden programma's (zie *bijlage 2*) zijn meerdere beleidsterreinen betrokken. Het gaat om de volgende beleidssectoren: Maatschappelijke Ontwikkeling, Werk & Inkomen, Armoedebeleid, Welzijn, Sport & Recreatie, Jeugd, Onderwijs, Vergunningen, Ruimtelijke Ordening en Openbare Orde en Veiligheid. Van het programma 'De wijk: een bron van energie' (N) geeft de programmabeschrijving geen informatie over welke beleidsafdelingen betrokken zijn. Er staat wel in dat het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid een centraal doel is. Bij alle gevonden programma's staat intersectorale samenwerking tussen lokale partijen centraal.

4.4 Omgevingsmaatregelen

Maatregelen in fysieke omgeving stimuleren bewegen en gezonde voeding

De maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om bewegen en gezonde voeding te stimuleren (zie *Tabel 4.2*). Voorbeelden zijn het aanleggen, aanpassen of opknappen van sport- en speelplekken en een gezond voedingsaanbod in schoolkantines of jeugdthons. De thema's bewegen en gezonde voeding sluiten aan bij de doelen van de gemeenten in het kader van het grote stedenbeleid om zich vooral te richten op het terugdringen van overgewicht bij de jeugd (wijkgerichte projecten vaak in grote steden en daar is dan geld voor). Ook is 'social marketing' een belangrijk instrument: activiteiten gericht op bewegen en voeding zijn sneller 'leuk'. Bovendien

leent het onderwerp zich goed om te focussen op gezondheid in plaats van ziekte. Bij het thema alcohol zijn regelgeving en handavingsmaatregelen belangrijke maatregelen. Die zijn onderdeel van de sociaaleconomische omgeving.

Tabel 4.2. Maatregelen voor het verbeteren van de fysieke, sociale en sociaaleconomische omgeving*

Fysieke omgeving
Aanleggen, aanpassen of opknappen van sport- of speelplekken
Stimuleren gebruik van sport- of speelplekken
Aanleggen van fiets- en wandelpaden
Moestuin in de wijk
Vergroten veiligheid in de buurt (buitenspelen, looproutes)
Mogelijkheden vergroten om binnen schooluren te sporten
Gezond voedingsaanbod (in schoolkantines, jeugdthonk, snackbar)
Sociale omgeving
Versterken betrokkenheid bij de buurt / binding in de buurt
Versterken sociale steun (al dan niet in relatie tot gedragsinterventies)
Betrekken sociale omgeving bij activiteiten / vergroten sociaal draagvlak (bijv. ouders uitnodigen bij activiteiten voor kinderen)
Sociaaleconomische omgeving
Betaalbare sportvoorzieningen
Regelgeving en handhaving m.b.t. alcoholgebruik

* Voor een overzicht van alle gevonden programma's zie *bijlage 2*

'De wijk: een bron van energie' richt zich op fysieke en sociale omgeving

In het project 'De wijk: een bron van energie' (N)⁸ staat de sociale en fysieke omgeving van mensen met overgewicht centraal. Het gaat om een aanvulling op een bestaande aanpak van overgewicht in de wijk. In zes geselecteerde gemeenten worden maatregelen voor de fysieke omgeving ontwikkeld en uitgetoetst, waardoor kinderen en jongeren meer gaan bewegen of gezonder gaan leven.

Voorbeelden van toepassingen in de verschillende wijken zijn:

- veilige looproutes in de wijk;
- het aanleggen van fiets- en wandelpaden en speelplekken in de buurt;
- een andere inrichting van schoolpleinen;
- aanleggen, aanpassen of opknappen van speelpleinen en ontmoetingsplekken;
- veranderen voedingsaanbod in schoolkantines, winkels, snackbar en jeugdthonk.

Door de beschikbare ruimte anders in te richten kan op korte termijn al verbetering plaatsvinden. De gemeenten zijn geselecteerd omdat ze al actief waren op het gebied van overgewicht en in dat kader al samenwerkten met de GGD, sportorganisaties en andere relevante lokale organisaties.

'Communities that care' richt zich vooral op de sociaaleconomische omgeving

Het programma 'Communities that care' (K) richt zich vooral op de sociaaleconomische omgeving. De achterliggende gedachte is dat sociaaleconomische kenmerken van een wijk van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Het gaat onder andere om inkomen, woonsituatie, gezondheidssituatie, vrijetijdsactiviteiten, mobiliteit en sociale participatie. Ook voorzieningen die er

⁸ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 4*.

voor kinderen en jongeren zijn in de buurt, de aanwezigheid van goede scholen en of ouders zich ondersteund weten in de opvoeding bepalen de kwaliteit van de sociaaleconomische omgeving. Hetzelfde geldt voor sociale aspecten, zoals onderlinge contacten, sociaal kapitaal en betrokkenheid bij de buurt. ‘Communities that care’ biedt mogelijkheden om de sociale aspecten van een wijk te verbeteren en daarmee de ontwikkeling van kinderen en jongeren in goede banen te leiden en te stimuleren. Dat gebeurt door samen te werken met andere projecten in de wijk die werken aan verbetering van de kwaliteit van de sociaaleconomische omgeving. Voorbeelden daarvan zijn 'Justitie in de buurt', waarbij politie en justitie samenwerken en 'Heel de buurt', een aanpak om afstemming en samenwerking tussen uiteenlopende wijkorganisaties te bewerkstelligen.

Meerdere programma's zetten in op omgeving

Meerdere programma's hebben tot doel om de sociale en fysieke leefomgeving te verbeteren. Er wordt in ieder geval een start mee gemaakt. Een van de Communities that care programma's ('Thuis op straat') heeft een duidelijke link met de fysieke omgeving (Stichting Thuis op Straat, 2009). Zij zetten in op het waarderen van pleinen in een wijk aan de hand van een soort Michelin-sterrensysteem. Met dit systeem wordt gekeken naar de bereikbaarheid van het plein, de sociale functie, het gebruik en de fysieke inrichting. Over het algemeen blijkt het beïnvloeden van de fysieke omgeving echter een traag traject te zijn dat moeilijk van de grond komt. Het programma 'Natuurlijk: gezonde wijken' (O) wil de gezondheid van inwoners in achterstandswijken verbeteren door de sociaaleconomische en culturele leefsituatie in die wijken aan te pakken. Het programma richt zich ook op het beïnvloeden van de fysieke omgeving. Stichting BOOG is betrokken bij een van de projecten. Deze stichting adviseert en ondersteunt groepen en instellingen die zich inzetten voor verbetering van de kwaliteit van de samenleving op wijk- en buurtniveau. BOOG houdt zich bezig met vraagstukken op het gebied van wonen en woonomgeving, sociale veiligheid, gezondheid, integratie, versterking van de relatie tussen burger en bestuur, duurzame ontwikkeling en leefbaarheid. In enkele wijken is door Staatsbosbeheer een impuls gegeven ('Groen in de wijk' in Eindhoven, 'Natuursprong' in Utrecht Overvecht).

Fysieke herstructurering kan ook averechts werken

Fysieke herstructurering van wijken op zich kan naast een positief gezondheidseffect ook een averechts effect hebben (onafhankelijk van maatregelen gericht op gezondheidsdoelen). In Leiden is zelfs een aparte interventie ontwikkeld (binnen de 'Integrale aanpak depressiepreventie' (R)) om de grote impact (onrust en onduidelijkheid) die een herstructurering heeft op depressie te voorkomen/te verminderen. Soms is herstructurering van wijken zelfs een contra-indicatie voor wijkgericht werken. Dit is bijvoorbeeld het geval als er zo veel veranderingen zijn in een wijk dat het moeilijk wordt de doelgroep te vinden en te volgen. Anderen, waaronder het NIGZ, zien het juist als een kans omdat er veel op de schop gaat. Voorwaarde is dan wel dat je aan de juiste tafel zit en je invloed kunt laten gelden.

4.5 Effectiviteit

Weinig bekend over effecten op gezondheid

Er is nog weinig bekend over de gezondheidseffecten van programma's voor gezondheidsbevordering in de wijk (de Hollander et al., 2006; Schrijvers en Storm, 2009). Alleen voor het programma 'Hartslag Limburg' (E)⁹ is de effectiviteit op gezondheidsmaten overtuigend aangetoond. Na vijf jaar zijn gunstige effecten gevonden op het buikvet en de bloeddruk. Een verbeterd voedings- en leefpatroon — bij in elk geval vrouwen — lag hier mede aan ten grondslag (Schuit et al., 2006). Ook is het programma

⁹ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in *bijlage 2* en *bijlage 4*.

kosteneffectief gebleken. Het programma B.Slim (I) had een positief effect op de Body Mass Index (BMI). Uit de interviews blijkt dat de financiële mogelijkheden om echt op effect te meten vaak ontbreken en ook niet altijd het belang is van de primaire financier (de gemeente). De kosten van een effectmeting overschrijden wellicht de kosten van het programma zelf. Daar waar mogelijk worden contacten met universiteiten en landelijke thema-instituten ingezet om toch te kunnen evalueren en effecten te meten.

Gedragsverandering als uitkomstmaat

Programma's zijn vaker geëvalueerd op tussendoelen, zoals gedragsverandering. Volgens het Referentiekader (Saan en De Haes, 2005) is dit soms de best passende uitkomstmaat. Het programma 'B.Slim' in Amersfoort (I) had bijvoorbeeld een positief effect op de invloed van ouders, voedingsgewoonten, frequentie van tv-kijken en computeren, en bewegen (Felix, 2009). Ook de proces- en effectevaluatie van 'Gezond gewicht Overvecht' (M) laat gunstige eerste resultaten zien op gedragsmaten (voedingsgewoonten, bewegen, sporten). Van een aantal andere programma's is bekend dat effectonderzoek wordt verricht, maar zijn de resultaten niet gevonden tijdens de gevolgde internetsearch.

Procesdoelen als uitkomstmaat

In de praktijk blijkt dat de effectiviteit van een programma op gezondheidsmaten vaak minder prioriteit heeft dan het organisatorische welslagen van een programma. Het tot stand brengen van een goede intersectorale samenwerking en (bewoners)participatie zijn vaak al uitdagende doelstellingen. Een aantal programma's is daarom alleen geëvalueerd op procesdoelen, zoals de mate van participatie van bewoners en samenwerking tussen partijen of beleidsvelden. Uit de procesevaluatie van het programma in Overvecht Utrecht (M) blijkt dat participatie van zowel bewoners als van intermediaire partijen in de wijk lastig te realiseren is. Bij 'Uw buurt gezond' (A) en 'Gelijke gezondheid, gelijke kansen' (D) is betrokkenheid van bewoners en een succesvolle samenwerking tussen partijen tot stand gekomen, maar verdienen deze aspecten blijvend aandacht. Inbedding van de wijkgerichte aanpak op lange termijn en registratie en beschrijving van de deelactiviteiten zijn eveneens aandachtspunten.

Weinig bekend over effectiviteit systematische werkwijzen

Over de effectiviteit van systematische werkwijzen zoals 'WijkSlag' (O) is weinig bekend. 'Communities that care' (K) is zowel in het buitenland als in Nederland op proces en effect onderzocht. In het buitenland heeft het programma positieve invloed op de samenwerking en afstemming tussen partijen én op de inzet van evidence-based interventies. Ook zijn effecten waarneembaar bij het terugdringen van gezondheids- en gedragsproblemen bij jongeren. Over de resultaten van het onderzoek in Nederland is in deze inventarisatie geen informatie gevonden.

5 Conclusies setting wijk

5.1 Financiering en relevante actoren

Financiering

De gemeente is een belangrijke partij voor financiering van wijkgerichte programma's voor gezondheidsbevordering. Vaak maken ze gebruik van subsidieregelingen. Voorbeelden hiervan zijn landelijke impulsen zoals NASB, BOS-impuls, Krachtwijken-aanpak of het Grotestedenbeleid. ZonMw kan ook subsidies verlenen voor de ontwikkeling van een wijkgerichte aanpak, bijvoorbeeld via Gezonde Slagkracht. De zorgverzekeraar kan ook een deel financieren.

Actoren

Het initiatief voor een wijkgericht programma komt meestal vanuit de gemeente of de GGD, vaak met ondersteuning van een landelijk thema-instituut. De GGD en/of het betrokken thema-instituut heeft een belangrijke rol in het coördineren van het programma. De inzet van de gemeente is essentieel om intersectorale samenwerking van de grond te krijgen. Lokale partijen die betrokken zijn bij wijkgericht werken zijn meestal organisaties zoals thuiszorg, wijkverpleging, welzijnsinstellingen, ziekenhuizen en de GGZ, scholen, horeca of sportorganisaties. Wijkbeheer, woningcorporatie, en universiteit of academische werkplaats zijn soms ook betrokken bij wijkgerichte programma's. Voor het ontwikkelen en uitvoeren van omgevingsmaatregelen zijn woningcorporaties, specifieke gemeentelijke beleidsterreinen of specifieke organisaties betrokken. Sommige programma's voor gezondheidsbevordering worden uitgevoerd in samenwerking met de wijkbewoners. Themaspécifieke programma's zoals 'Integrale Aanpak Depressiepreventie' (R)¹⁰ worden landelijk ontwikkeld en krijgen pas in de uitvoeringsfase een regio-specifieke invulling. Landelijke thema-instituten zijn hierbij de centrale partij. Zorgontwikkelaars hebben soms ook een grote rol in de ontwikkeling van wijkgerichte programma's.

Landelijke netwerken

Er zijn verschillende landelijke netwerken relevant voor de leefomgeving wijk. De netwerken zijn vooral gericht op de gemeenteambtenaren en niet zozeer op professionals Gezondheidsbevordering. Voorbeelden zijn Kennisalliantie Krachtwijken en Platform Gezonde Wijk.

5.2 Kenmerken programma's

Doelgroepen en thema's

Gezondheidsbevordering in wijken richt zich meestal op het stimuleren van bewegen en gezonde voeding. Ook psychische gezondheid komt regelmatig voor. Roken, overmatig alcoholgebruik en drugs zijn veel minder vaak een thema voor programma's ter gezondheidsbevordering in de wijk. Sociaaleconomische achterstandsgroepen, migranten en kinderen en jongeren met (een verhoogd risico op) overgewicht zijn de belangrijkste doelgroepen. Deze groepen overlappen grotendeels.

¹⁰ De blokletters tussen haakjes verwijzen naar het bijbehorende programma in de *bijlagen 2, 3 en 4*.

Systematische werkwijzen

In dit rapport zijn de volgende systematische werkwijzen beschreven: ‘WijkSlag’, ‘Communities that care’, de ‘Integrale Aanpak Depressiepreventie’, het ‘Nationaal Actieplan Sport en Bewegen’ (NASB) en ‘Buurt-Onderwijs-Sport-projecten’ (BOS-projecten). Het NASB en de BOS-projecten komen voort uit landelijke stimuleringsmaatregelen. Gemeenten die deze programma’s invoeren krijgen hiervoor subsidie. Het is mogelijk aantrekkelijker voor gemeenten om voor een landelijk gesubsidieerde methode te kiezen in plaats van een niet-gesubsidieerd bestaand programma. Sommige programma’s ontwikkelen bewust een aanpak die ook in andere wijken of gemeenten in te zetten is, zoals de programma’s ‘Uw buurt gezond’ (A) en ‘De wijk: een bron van energie’ (N).

Communitybenadering

Bij programma’s met een communitybenadering wordt meestal samen met de doelgroep (bewoners en/of professionals) gezocht naar thema’s die aansluiten bij de gezondheid, belangstelling en de cultuur van de doelgroep. Bij het bepalen van geschikte thema’s wordt soms gebruik gemaakt van de LENS-methode. Programma’s met een communitybenadering worden vaak ingezet bij mensen met een lage SES, omdat reguliere preventieprogramma’s slecht aansluiten bij deze doelgroep. Verschillende programma’s maken gebruik van het Referentiekader (Saan en De Haes, 2005) bij het opzetten van een communitybased programma.

Overige kenmerken

De meeste programma’s hebben primair tot doel om de gezondheidstoestand in de wijk te verbeteren. Sommige programma’s richten zich (ook) op de *organisatie* van gezondheidsbevordering in een wijk. Deze programma’s beogen om samenhang te brengen in het bestaande interventieaanbod en de toeleiding hiernaar te vergroten. Sommige programma’s maken waar mogelijk gebruik van bestaande effectieve interventies, bij andere programma’s worden voornamelijk nieuwe interventies ‘op maat’ ontwikkeld. Redenen om zelf interventies te ontwikkelen zijn de wens om vraaggericht te werken, geen passend bestaand interventieaanbod, de bestaande interventies passen niet bij de doelgroep, en het zoeken naar effectieve interventies kost veel tijd en energie. Intersectorale samenwerking tussen lokale partijen staat bij alle programma’s centraal, maar integraal gezondheidsbeleid lijkt veel minder onderdeel te zijn van de gevonden programma’s. De nieuwe functie van Gezondheidsmakelaar probeert hier verandering in te brengen. Van vier programma’s is in de programmabeschrijving gevonden dat meerdere gemeentelijke beleidsterreinen betrokken zijn.

5.3 Omgevingsmaatregelen

De maatregelen gericht op de *fysieke* omgeving hebben vooral tot doel om bewegen en gezonde voeding te stimuleren. Voorbeelden zijn het aanleggen, aanpassen of opknappen van sport- en speelplekken en een gezond voedingsaanbod in schoolkantines of jeugdthonk. Het programma ‘Communities that care’ (K) richt zich vooral op de *sociaaleconomische* omgeving. Maatregelen gericht op de sociale omgeving hebben tot doel om de sociale cohesie in de wijk te versterken, een sociaal draagvlak te creëren voor gezondheidsbevorderende activiteiten en om de sociale steun in de wijk te versterken. Maatregelen gericht op de fysieke omgeving zijn over het algemeen concreter beschreven dan maatregelen gericht op de sociale omgeving.

5.4 Effectiviteit

Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma's op gezondheidsmaten; vaker is gekeken naar gedragsverandering, zoals beweeg- en voedingsgewoonten. Ook is er wel iets bekend over procesdoelen, zoals de mate van participatie van bewoners en samenwerking tussen partijen of beleidsvelden (zie ook Harting en Van Assema, 2007). Participatie van zowel bewoners als van intermediaire partijen in de wijk blijkt lastig te realiseren en te handhaven.

DEEL II WERK

Kernpunten

- TNO, NIGZ, NISB en verschillende commerciële partijen zijn actief bij de ontwikkeling en evaluatie van de gezondheidsbevorderende activiteiten in de leefomgeving werk. De werkgevers zelf spelen een grote rol bij de implementatie van de programma's. De landelijke overheid draagt bij door middel van stimuleringsgelden.
- Er zijn weinig lokale professionals gezondheidsbevordering die zich richten op de werkomgeving.
- Voor gezondheidsbevordering in de leefomgeving werk bestaan diverse systematische werkwijzen: Gezondheidsmanagement (NIGZ), Integraal Gezondheidsmanagement (TNO), Golden Standard (Lifeguard), het VitaalBedrijfPlan (ArboNed/Keurcompany) en het BRAVO-Kompas (NISB).
- De methoden bestaan over het algemeen uit een stappenplan dat toewerkt naar een beleidsmatige inbedding van activiteiten en maatregelen voor het stimuleren van een gezonde leefstijl.
- Sommige programma's zijn specifiek ontwikkeld voor een bepaalde werkplek, zoals het Vitaliteitscentrum van staalbedrijf Corus.
- Maatregelen gericht op de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om gezonde voeding en beweging te stimuleren. Voorbeelden zijn het aanbieden van gezonde voeding in het bedrijfsrestaurant, plaatsen van tafeltennistafels en de werkomgeving zodanig inrichten dat werknemers een stukje moeten lopen voor bijvoorbeeld de printer, postvakjes of koffieautomaat.
- Maatregelen gericht op de sociale omgeving zijn het verbeteren van de werksfeer en de motivatie van de werknemers.
- Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma's op gezondheidsmaten.
- Gezondheidsmanagement = gezondheidsbescherming + gezondheidsbevordering = veilig + gezond.

6 Relevante actoren werk

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de relevante partijen die betrokken zijn bij gezondheidsbevordering in de setting werk. *Paragraaf 6.2* schetst kort de belangrijkste wettelijke kaders. *Paragraaf 6.3* gaat in op de belangrijkste financieringsbronnen en *paragraaf 6.4* geeft de belangrijkste partijen weer die betrokken zijn bij gezondheidsbevordering in de setting werk. De informatie uit dit hoofdstuk komt gedeeltelijk uit het rapport 'Arbeid en gezondheid' (Raaijmakers, 2009). Dit rapport is verschenen in het kader van het ZonMw-programma Participatie en Gezondheid. Het brengt partijen, structuren en initiatieven rondom arbeid en gezondheid in kaart. Een uitgebreider overzicht van relevante partijen is te vinden in dit rapport. Relevante actoren werk zijn ingedeeld in: arbeids- en arbo-organisaties, kennis- en onderzoeksinstituten, thema-instituten, branche- en koepelorganisaties, verzekeraars en andere commerciële partijen en overige partijen.

6.2 Wettelijk kader

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hecht belang aan een gezonde werkomgeving

In de kaderbrief 2007-2011 van het ministerie van VWS (VWS, 2007b) is aandacht gevraagd voor het belang van een gezonde werkomgeving en gezonde werknemers. Voor werknemers is van belang het behoud van inkomen en de verminderde kans op bijkomende aandoeningen. Voor werkgevers zijn belangrijke argumenten onder meer hogere arbeidsproductiviteit en minder loondoorbetaling bij ziekte (NISB-document, 2009).

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is verantwoordelijk voor landelijk Arbobeleid

Een gezonde en veilige werkplek is ook een doelstelling van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Richtlijnen hiervoor zijn in de Arbowetgeving vastgelegd. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is verantwoordelijk voor het landelijke kader van het Arbobeleid. Het ministerie heeft tot en met 2007 met een subsidieregeling voor werkgevers ondersteuning geboden bij het ontwikkelen en implementeren van Arboactiviteiten (NISB-document, 2009). In juli 2009 heeft SZW het programma 'Participatie en Gezondheid' gelanceerd (zie *paragraaf 6.4.2*). Het ministerie richt zich op lichamelijke en psychische belasting, de organisatie van de arbozorg, stoffen, straling en besmetting en werkplek en apparatuur (SZW, 2009a).

Arbowet belangrijk kader voor gezondheidsbevordering in de werksetting

Een werkgever is wettelijk niet tot gezondheidsbevordering verplicht. Hij of zij kan zelf bepalen hoeveel aandacht gezondheidsbevordering krijgt. Dit kan soms gestimuleerd worden door de zorgverzekeraar waarmee de werkgever een collectief contract heeft gesloten. Volgens de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) zijn werkgevers echter wel verplicht om arbeidsrisico's te voorkomen en beperken (www.arbo.nl, www.nationaalkompas.nl). De Arbowet verplicht werkgevers onder andere om hun werknemers een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) aan te bieden. Werknemers zijn overigens niet verplicht deel te nemen aan het PMO. In het Arbobesluit, een uitwerking van de Arbowet, staan nadere regels waaraan werkgevers en werknemers zich moeten houden om arbeidsrisico's tegen te gaan. Er staan ook afwijkende en aanvullende regels in voor een aantal sectoren en categorieën werknemers (www.arbo.nl).

Wet Verbetering Poortwachter heeft re-integratie en werkhervatting tot doel

Op 1 april 2002 is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in werking getreden (Reijenga et al., 2006). Het doel van de WVP is om op een meer actieve en doelgerichte wijze te komen tot re-integratie en werkhervatting van werknemers na ziekte, en daarmee de toestroom naar de WAO te beperken. Tevens beoogt de wet een betere samenwerking tussen de betrokken actoren (werkgevers, werknemers, Arbodiensten en UWV). Zowel werknemer als werkgever heeft in de WVP een wettelijke inspanningsverplichting om terugkeer naar het werk na ziekte te bevorderen. De WVP heeft de gang van zaken in het eerste ziektejaar (en sinds 1 januari 2004 ook in het tweede ziektejaar) veranderd. De WVP in een notendop: werkgever en werknemer moeten – ondersteund door de Arbodiensten – op vaste momenten een probleemanalyse en een plan van aanpak maken en uitvoeren en de gang van zaken evalueren en zonodig bijstellen. Deze wetten zouden wellicht gezondheidsbevordering vanuit de werkgever onder de werknemers kunnen stimuleren.

6.3 Financiering

Ministerie van SZW verstrekt subsidie voor gezondheidsbevordering

Vanuit verschillende ministeries worden stimuleringsgelden voor gezondheidsbevordering voor de setting werk verstrekt. Het ministerie van Sociale Zaken en Welzijn verstrekt subsidies voor de ontwikkeling van arbocatalogi. De arbocatalogus is een instrument dat bedrijven of branches ondersteunt bij de invulling van de wijze waarop ze voldoen aan de Arbowet. Het bedrijf kan zelf middelen, methoden en instrumenten hiervoor kiezen. In de toekomst wil de arbeidsinspectie de arbocatalogus gebruiken als norm voor handhaving en voor inspectieprojecten binnen de sector.

ZonMw financiert onderzoek rondom arbeid en gezondheid

ZonMw financiert diverse onderzoeksprojecten op het gebied van werk. Ze financieren onder andere de ontwikkeling en evaluatie van een groepsinterventie voor laag opgeleide allochtone werknemers en een project voor gezondheidsbevordering bij uitkeringsgerechtigden. Het recent afgeronde ZonMw-programma 'Arbeid en Gezondheid' stimuleerde en financierde projecten voor arbocuratieve samenwerking en het verbeteren van zorg aan de werkende patiënt. Doel was het terugdringen van het ziekteverzuim in Nederland. Een van die projecten was het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts (www.zonmw.nl). Het programma 'Participatie en Gezondheid' loopt van 2009 tot 2012. Dit is een onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma op initiatief van het ministerie van VWS, SZW en Binnenlandse Zaken. Het programma heeft als doel een beter en breder gebruik van effectief bewezen en veelbelovende maatregelen en interventies op het terrein van gezondheid van werknemers, een duurzaam gezonde werkomgeving en preventie van uitval uit het arbeidsproces. De uitkomsten van projecten binnen dit programma moeten leiden tot breed toepasbare kennis en instrumenten.

Werkgever betaalt uitvoering en implementatie

Wanneer het om de uitvoering en implementatie van gezondheidsbevordering in een bedrijf gaat, betaalt de werkgever dit (bijna) altijd zelf. Het kan hier dan gaan om de implementatie van methoden, programma's en/of interventies. Ook kan een bedrijf ervoor kiezen om een scan uit te voeren om inzichtelijk te maken hoe het gesteld is met de gezondheid van individuele werknemers. De werkgever kan verschillende partijen hiervoor inhuren om dit uit te voeren, bijvoorbeeld TNO, thema-instituten, arbodiensten of een commerciële partij. Ook kan een werkgever ervoor kiezen om deze taken bij een interne medewerker te leggen, bijvoorbeeld een medewerker Kwaliteit, Arbeid en Milieu (KAM-medewerker), een HR-manager of een arbo-coördinator. Soms worden preventieve interventies vergoed door een zorgverzekeraar en soms is er vanuit de landelijke overheid geld beschikbaar om leefstijlinterventies uit te voeren.

6.4 Relevante actoren

6.4.1 Arbeids- en arbo-organisaties

Werkgever initieert implementatie gezondheidsbevordering

Vanuit de arbeidsorganisaties zelf is initiatief en draagvlak vanuit het management een voorwaarde om gezondheidsbevorderende programma's te implementeren. Daarnaast houden verschillende professionals in de arbeidsorganisatie zich bezig met gezondheidsbevordering en/of preventie, zoals een human resources manager, een arbo-coördinator, een preventiemedewerker, een KAM-medewerker en bedrijfsarts.

Bedrijfsarts adviseert over de inhoud van het PMO

De bedrijfsarts adviseert een arbeidsorganisatie over de inhoud van het Preventief Medisch Onderzoek. Die heeft naast een medisch onderzoek ook een preventieve insteek (Verweij en Iedema, 2006). Aan de hand van de resultaten van het PMO kan een bedrijfsarts leefstijladviezen geven aan de werknemers. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) wil leefstijlinterventies vaker in laten zetten door de bedrijfsarts.

6.4.2 Kennis- en onderzoeksinstituten

TNO belangrijke ontwikkelaar van programma's

Een onderzoeksinstituut dat actief is op het terrein van gezondheidsbevordering is TNO. Met steun van VWS voert TNO een meerjaren-onderzoeksprogramma uit op het terrein van bewegen en arbeid. Dit gebeurt gedeeltelijk via het kenniscentrum Body@Work (zie onder). De onderzoeksprogramma's leveren kennis op over het belang van een gezonde leefstijl in relatie tot de arbeidsproductiviteit. TNO heeft kennis over trends in bewegen, normen voor gezond bewegen, bewegingsstimulering op en rond het werk, leefstijlprogramma's, innovatieve aanpakken voor bewegingsstimulering en vermindering van overgewicht in de kantooromgeving, bewegen en arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten en verandering van de werkomgeving ter stimulering van beweging. TNO is ook een dienstverlenende organisatie voor het bedrijfsleven, de zorg en de overheid. TNO Preventie en Zorg draagt bij aan betaalbare en kwalitatief goede zorg door gezondheid en leefstijl te monitoren, determinanten van gezondheid te bestuderen en interventies te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren. TNO Kwaliteit van Leven/TNO Arbeid richt zich op het verbeteren van de gezondheid en menselijk functioneren door multidisciplinair onderzoek en advies.

Body@Work ontwikkelt kennis over bewegen op het werk

Onderzoekscentrum Body@Work (www.bodyatwork.nl) is een gezamenlijk initiatief van TNO Kwaliteit van Leven, de Vrije Universiteit (VU) en het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO-instituut) van het VU medisch Centrum (VUmc). Body@Work is opgericht om kennis te ontwikkelen om klachten aan het bewegingsapparaat en lichamelijke inactiviteit te voorkomen en te bestrijden. Het onderzoekscentrum richt zich op wetenschappers en op beleidsmakers en beslissers in het bedrijfsleven en bij de overheid. Het centrum onderzoekt onder andere de effectiviteit van het leefstijlprogramma 'Leef je fit' bij werknemers. 'Vitaal in Praktijk' (VIP) is een project dat de vitaliteit van bedrijven en hun medewerkers bevordert. Het VIP-project heeft tot doel die kennis te genereren en effectieve vitaliteitsprogramma's te ontwikkelen. Dit project wordt uitgevoerd door Body@Work.

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid / AMC en EMGO

Het Coronel Instituut (www.amc.nl/coronel) is een afdeling van het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam. Het instituut richt zich op het brede gebied van arbeid en gezondheid. De missie

van de afdeling is 'Werken aan gezond werk'; De activiteiten bestaan uit onderzoek en deskundigheidsbevordering van professionals. Het instituut streeft naar optimale preventie van beroepsziekten en naar bevordering van arbeidsparticipatie. Het Coronel Instituut is door de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) aangewezen als WHO Collaborating Center in Occupational Health. Het EMGO-instituut richt zich ook op onderzoek en deskundigheidsbevordering, met name in de extramurale setting.

Landelijke kenniscentra opgericht vanuit ZonMw

Binnen het ZonMw-programma Arbeid en Gezondheid zijn vier landelijke kenniscentra opgericht:

- het Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (AKB);
- het Nederlands Kenniscentrum Arbeidsdermatosen (NECOD);
- het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (IRIS NKAL);
- het EmCare (concept van het AKB).

Andere relevante kenniscentra zijn het Arbeidsdeskundig Kennis Centrum (AKC) en het expertisecentrum voor sport, arbeid en gezondheid (SENECA).

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) bevordert kwaliteit

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB; www.beroepsziekten.nl) is een landelijk kennisinstituut voor Arboprofessionals, werkgevers- en werknemersorganisaties, overheidsinstellingen en beleidsmakers. De missie van het NCvB is het bevorderen van de kwaliteit van preventie, (vroeg)diagnostiek, behandeling en begeleiding van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen. Hiertoe ontplooit het NCvB activiteiten op drie gebieden:

- monitoring en signalering van beroepsziekten (Nationale melding- en registratiesysteem, peilstation intensief melden);
- kennisverspreiding (websites, branche- en themarapporten, lezingen);
- klinische arbeidsgeneeskunde.

Het NCvB maakt deel uit van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid.

6.4.3 Thema-instituten

Thema-instituten ontwikkelen en voeren programma's uit

Enkele thema-instituten houden zich bezig met het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbevorderende programma's, zoals het NISB (Nederlands Instituut Sport en Beweging), het Voedingscentrum, STIVORO en het Trimbos-instituut. Het NISB doet onder meer branchegericht onderzoek naar bewegingsstimulering binnen bedrijven en voert pilots beweegbeleid uit. STIVORO (roken) en het Trimbos-instituut (werkstress) ontwikkelen interventies voor onder andere de werkplek, en onderzoeken de effectiviteit ervan. Het NIGZ (Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Preventie) ondersteunt professionals en organisaties bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevordering. Het Voedingscentrum heeft onder andere de Balansdag op het werk ontwikkeld.

6.4.4 Branche- en koepelorganisaties

Stichting Arbouw zet zich in voor gezonde leefstijl van werknemers

Stichting Arbouw (www.arbouw.nl) ontwikkelt kennis en instrumenten op het gebied van gezondheidsbevordering. Stichting Arbouw is door werkgevers- en werknemersorganisaties opgericht om de arbeidsomstandigheden in de bouwnijverheid te verbeteren en het ziekteverzuim te verminderen. De stichting stimuleert werkgevers om zich in te zetten voor een gezonde leefstijl van hun werknemers en dit in te bedden in een gezondheidsbeleid. Arbouw geeft ook voorlichting, onder andere door middel van brochures en workshops tijdens bijeenkomsten van werkgevers- en werknemersorganisaties. Daarnaast organiseert en coördineert Arbouw de medische keuringen in het kader van het CAO-pakket

Preventiezorg. Arboww doet ook onderzoek naar de effectiviteit van een interventie, in samenwerking met het VU Medisch Centrum. Het betreft de interventie ‘Persoonlijke begeleiding bij het veranderen van leefstijl door een consultant van de arbodienst’. Deze interventie richt zich op werknemers met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Dit risico wordt vastgesteld op basis van een Periodiek Arbeidsgezondheidkundig Onderzoek (PAGO). Het onderzoeksproject heet ‘Bouwen aan gezondheid’ (Groeneveld et al., 2008).

A&O Fonds Gemeenten stimuleert gezond werken

De Sociale Partners (ABVAKABO/FNV, CNV Publieke zaak, CMHF en College voor Arbeidszaken) bevorderen en ondersteunen met behulp van het A&O Fonds Gemeenten (www.aeno.nl) vernieuwende activiteiten in de sector op het gebied van arbeidsmarkt en HRM-beleid. Deze activiteiten zijn erop gericht om organisaties en personen in de sector optimaal te laten functioneren. Het A&O Fonds geeft impulsen om van gemeenten aantrekkelijke arbeidsorganisaties te maken. Het fonds richt zich onder andere op Gezond Werken. Het bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers.

Koepelorganisaties vertegenwoordigen dienstverleners en deskundigen

BoaBorea vertegenwoordigt meer dan 150 private dienstverleners zoals arbodiensten, interventiebedrijven, loopbaanadviesbureaus en jobcoachorganisaties. BoaBorea richt zich op twee markten: Business to Business (preventie en verzuim, interventies en outplacement) en Business to Government (re-integratie van (arbeidsgehandicapte) werklozen, inburgering, jobcoaching en sociale activering). BoaBorea neemt deel in diverse commissies, zoals de SER-commissie over de positie van de bedrijfsarts. De Tinguely groep is een netwerk van deskundigen op verschillende arbeids- en gezondheidsterreinen, zoals het Instituut voor Werk en Stress (psychisch), Maetis (preventie en verzuim) en Loyalis Mens & Werk (loopbaanbegeleiding).

6.4.5 Verzekeraars en andere commerciële partijen

Zorgverzekeraars zijn ook actief in gezondheidsbevordering

Ook sommige zorgverzekeraars zijn actief op dit vlak, zoals zorgverzekeraar Achmea Zilveren Kruis, CZ en Interpolis. CZ biedt bijvoorbeeld ondersteunende diensten aan werkgevers waarmee zij hun werknemers kunnen stimuleren om af te vallen. CZ biedt onder andere een digitale gezondheidscheck aan met daaraan gekoppeld een individueel advies, een fysiek-FITcheck, en de mogelijkheid voor werknemers om een fitnessapparaat te ‘lenen’. CZ biedt ook voorlichting over gezond leven via hun eigen website en tips voor werknemers om een gezonde leefstijl te stimuleren. Voor leden van het Verbond van Verzekeraars is er een project over arbo en preventie. In dat kader is er onder andere gewerkt aan de zogeheten arbocatalogus voor het verzekeringsbedrijf (zie www.gezondverbond.nl).

Commerciële bedrijven bieden ook programma’s aan

Andere ontwikkelaars/aanbieders van gezondheidsbevorderende programma’s zijn commerciële bedrijven, zoals de Gezonde Zaak, Lifeguard en Active Living (Verweij en Iedema, 2006).

6.4.6 Overige partijen

Onderwijs/opleiding faciliteert gezondheidsbevordering

Partijen die zich richten op deskundigheidsbevordering kunnen arbeidsorganisaties stimuleren om gebruik te maken van kansrijke interventies. Instellingen die deskundigheidsbevordering organiseren zijn hogescholen, universiteiten en (beroeps-)opleidingsinstituten. Deskundigheidsbevordering richt zich op professionals die in of voor het bedrijf werkzaam zijn. Dit zijn zowel beleidsmakers als uitvoerders. Ook *beroepsverenigingen* kunnen een rol spelen bij deskundigheidsbevordering in relatie tot arbeid en gezondheid. Ook richtlijnontwikkeling en -implementatie is een relevant onderwerp voor beroepsverenigingen. Voorbeelden zijn beroepsverenigingen voor (huis)artsen,

(eerstelijns)psychologen, arbeids- en organisatiedeskundigen en ergonomen. Een overzicht van mogelijk relevante beroepsverenigingen en hun activiteiten is beschreven in Raaijmakers (2009).

Werkgeversinitiatieven certificeren gezondheidsbeleid

Een voorbeeld van een werkgeversgericht initiatief is het international Institute for Health Management and Quality (iHMQ). Dit instituut auditeert en certificeert organisaties voor hun gezondheidsbeleid. Andere voorbeelden zijn het Nederlands Centrum voor Sociale Innovatie en het Werkgeversforum Kroon op het Werk. ‘Vijf keer beter’ is een samenwerkingsverband van vijf werkgeversorganisaties en vakbonden in de metaalsector. Het doel is het werken in de sector veiliger en gezonder te maken. Er is gekozen voor een aantal speerpunten: lasrook, schadelijk geluid, oplosmiddelen, machineveiligheid, fysieke belasting en werkdruk, gedrag en cultuur. De partijen willen het gebruik van verbeterde en vernieuwende technieken stimuleren. Daarnaast hebben ze onder andere afspraken gemaakt over maatwerk op het gebied van arbodienstverlening en het aanstellen en ondersteunen van preventiemedewerkers.

Werknemersorganisatie De Unie maakt arbocatalogus

Vakbond De Unie (een werknemersorganisatie) maakt zich sterk voor professionals in de dienstverlening, overheid, zorg & welzijn, industrie & handel en de financiële dienstverlening. De Unie maakt in opdracht van de Vakcentrale MHP (Middengroepen en Hoger Personeel) een arbocatalogus. In een arbocatalogus beschrijven werkgevers en werknemers op eigen initiatief hoe zij de Arbovoorschriften voor veilig en gezond werken toepassen. Onderwerpen zijn onder andere agressie, fysieke belasting, ziekteverzuim en re-integratie, werkdruk, stress en bedrijfshulpverlening. Het ministerie van SZW heeft verschillende subsidies verleend aan centrale organisaties van werkgevers en werknemers voor het ontwikkelen van arbocatalogi.

Lokale GGZ begeleidt werknemers met psychische klachten

Indigo gezond werken begeleidt medewerkers met psychische klachten op en rond het werk. De doelstelling van deze lokale GGZ-organisatie is dat mensen gezond aan het werk blijven óf weer aan het werk gaan. Met interventies stimuleert zij medewerkers tot spoedige werkhervatting of re-integratie. Indigo gezond werken heeft verschillende behandelmethoden, van kortdurend tot intensief en van individueel tot groepsbegeleiding. Het merendeel van de begeleiding wordt bij verwijzing door een arts vergoed door de ziektekostenverzekering.

Fondsen bieden gezondheidsvoorlichting op de werkplek

Op het gebied van gezondheidsvoorlichting op de werkplek kunnen *fondsen* een bijdrage leveren, zoals Astma Fonds, Fonds Psychische Gezondheid, KWF Kankerbestrijding, Nederlandse Hartstichting en Stichting Pandora.

7 Kenmerken programma's voor gezondheidsbevordering in setting werk

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de kenmerken van de geïnventariseerde programma's voor gezondheidsbevordering. Voor de leefomgeving werk zijn zes programma's gevonden. *Paragraaf 7.2* beschrijft thema's en doelgroepen voor gezondheidsbevordering in de setting werk, *paragraaf 7.3* gaat in op de kenmerken van programma's. De programma's zijn onder te verdelen in systematische werkwijzen (*7.3.1*) en concrete programma's (*7.3.2*). De systematische werkwijzen zijn breed inzetbaar. In tegenstelling tot concrete programma's zijn ze niet voor een specifieke werkplek ontwikkeld. *Paragraaf 7.4* beschrijft omgevingsmaatregelen uit de gevonden programma's. *Paragraaf 7.5* ten slotte, geeft informatie over de effectiviteit van de gevonden programma's. De blokletters in de tekst (tussen haakjes) verwijzen naar de programma's in *bijlage 5*.

7.2 Thema's en doelgroepen

Epidemiologische gegevens onderscheidt risicogroepen

Op basis van epidemiologische gezondheidsgegevens zijn risicogroepen te onderscheiden (NCvB, 2009; SZW, 2009). Het gaat om groepen waarbij het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid verstoord is. Dat zijn beroepsgroepen met een zware psychische werkbelasting en beroepsgroepen met een zware fysieke werkbelasting. Ook werknemers met een lage sociaaleconomische status zijn een belangrijke risicogroep. Beroepsgroepen met een zware psychische werkbelasting hebben een verhoogd risico op psychische klachten (spanningsklachten, depressiviteits- en/of angstklachten, burnout). Specifieke beroepsgroepen met een verhoogd risico op psychische klachten zijn de gezondheidszorg, het onderwijs, de horeca en het openbaar bestuur (politie). Beroepsgroepen waarin veel gerookt wordt zijn onder andere de horeca, de bouwsector en de landbouw. Overmatig alcoholgebruik komt relatief veel voor bij zowel beroepsgroepen met een zware fysieke werkbelasting als beroepsgroepen met een grote psychische werkbelasting. Roken en overmatig alcoholgebruik lijken thema's die grotendeels bij dezelfde doelgroepen/beroepsgroepen passen.

Bewegen en gezonde voeding zijn veel voorkomende thema's

Gezondheidsbevorderende programma's die worden ingezet in arbeidsorganisaties hebben tot doel om het ziekteverzuim terug te dringen of om ziekteverzuim te voorkomen. De gevonden programma's richten zich vooral op de thema's voeding en beweging (ter preventie van overgewicht). Andere thema's voor gezondheidsbevordering in de leefomgeving werk zijn roken, overmatig alcoholgebruik, psychische gezondheid en veiligheid ter preventie van ongevallen (zie *bijlage 5*). De gevonden programma's voor arbeidsorganisaties zijn uitsluitend voorbeelden van universele preventie. De doelgroep bestaat dan uit alle werknemers van de organisatie. Bij sommige programma's is de intermediaire doelgroep de werkgever, die handvatten krijgt om vervolgens zelf de gezondheid van zijn werknemers te stimuleren.

7.3 Type programma's

7.3.1 Systematische werkwijzen

De inventarisatie heeft vooral systematische werkwijzen voor gezondheidsbevordering op de werkplek opgeleverd: Gezondheidsmanagement (NIGZ), Meer bewegen op het werk / Integraal Gezondheidsmanagement (TNO), Golden Standard (Lifeguard), VitaalBedrijfPlan (Keurcompany / ArboNed), BRAVO-Kompas (NISB).

Gezondheidsmanagement (NIGZ)

Gezondheidsmanagement is een methode die binnen de bedrijfsvoering systematisch aandacht schenkt aan de gezondheid van werknemers en hun gezinnen (NIGZ, 2009c). Het gaat verder dan risicobeheersing en het voorkomen van ziekteverzuim. Gezondheidsmanagement richt zich op de gezondheid van het gehele personeel en op de gezondheidsimpact van producten of diensten. Het programma staat zowel voor verandering van het gedrag van de werknemers als voor verbetering van het werk: het beleid, de inrichting van de werkplek, organisatie en inhoud van het werk. Het programma werkt met een zevenstappenplan:

1. creëren van draagvlak;
2. gebruikmaken van structuren;
3. analyseren en vaststellen van behoeften;
4. ontwikkelen van beleid;
5. uitvoeren van beleid;
6. evalueren
7. aanpassen en verankeren.

De methode gaat uit van een cyclus: als het beleid gevormd is, moet het regelmatig worden bijgesteld. Dit programma richt zich vooral op midden- en grote bedrijven. Bedrijven die het Gezondheidsmanagement hebben geïmplementeerd zijn onder andere Siemens, Interpay en Unilever.

Meer bewegen op het werk / Integraal Gezondheidsmanagement (TNO)

Dit programma ondersteunt werkgevers bij het opzetten en implementeren van een effectief beweeg- en leefstijlbeleid (TNO et al., 2007; TNO, 2009; Zwetsloot et al., 2003). Het programma bestaat uit de volgende onderdelen:

- Ontwikkelen van innovatieve oplossingen voor bewegingsarme werkzaamheden en/of werkplekken. Op basis van een inventarisatie van risicovol bewegingsarm werk aan de hand van door TNO ontwikkelde gezondheidskundige richtlijnen.
- Advies aan P&O en HRM-afdelingen bij het opzetten en uitvoeren van het leefstijlbeleid en/of participatie van een TNO-deskundige in de werkgroep of stuurgroep die het leefstijlbeleid vorm moet gaan geven.
- Overtuigen van het management door een brochure voor managers of een presentatie of workshop voor directie en leidinggevenden. Bijvoorbeeld over de consequenties van bewegingsarmoede, het nut van stimuleren van bewegen en een gezonde leefstijl bij werknemers, en de rol die zij zelf als management kunnen spelen. Het resultaat is een visie op de wensen en mogelijkheden van beweeg- en leefstijlbeleid binnen de eigen organisatie.
- Kosten-batenanalyse van verschillende vormen van bewegingsstimulering. Het softwareprogramma ROI-Fit (Return on Investment Bedrijfsbewegingsprogramma). Dit programma geeft inzicht in de investeringskosten en -baten van een aantal vormen van bewegingsstimulering.
- Behoefteteiling bij management, staf en personeel. De digitale applicatie bevat vragen over gezondheid, werk, arbeidsgelateerde klachten, mate van bewegen en behoeften op het gebied van

bewegen en sporten. De resultaten worden samengevat in een rapportage. Hieruit blijkt bijvoorbeeld welke activiteiten het meest geschikt zijn, wanneer werknemers het liefst bewegen en waar, en of er bereidheid is tot het betalen van een eigen bijdrage.

- Maken van een verantwoorde keuze uit het grote aanbod op basis van keuzecriteria (Checklist Keuze bedrijfsbewegingsprogramma's). Met de checklist kan de werkgever vaststellen welke bestaande interventies passen bij de behoeften en wensen van de werknemers in de organisatie.
- Monitoring en evaluatie van het leefstijlbeleid, zodat er zicht komt op de effectiviteit en optimalisering mogelijk wordt. Evaluatie van de maatregelen kan via een digitale vragenlijst en ad-hoc evaluatie: via interviews, workshops, periodieke monitoring via de leefstijlscan.
- Concrete tools die bedrijven zelf kunnen inzetten, zoals de TNO-leefstijlscan. De leefstijlscan is een digitale vragenlijst die werknemers kunnen invullen. Werknemers krijgen op basis hiervan een persoonlijk advies, maar de resultaten kunnen ook verwerkt worden in groepsrapportages. Op basis hiervoor kunnen risico's ingeschat worden voor de gezondheid binnen het bedrijf en de gevolgen voor ziekteverzuim.

Golden Standard (Lifeguard)

Lifeguard is een commerciële organisatie die een programma aanbiedt om werkgevers te ondersteunen bij het streven naar gezonde werknemers (Lifeguard, 2009). Het programma besteedt aandacht aan mentale, emotionele en fysieke gezondheid van werknemers. Het programma heeft een holistische aanpak, die Lifeguard de 'Golden Standard' noemt. De vier stappen in de aanpak zijn: 'Awareness' (creëren van draagvlak), 'Strategy' (het formuleren van effectief gezondheidsbeleid), 'Proces' (ondersteunen van het proces via een online portal en helpdesk, en monitoren van de resultaten) en 'Products' (aanbod van producten die leiden tot bewustwording, zelfinzicht en gezond gedrag). Het programma bestaat uit een pakket van onderdelen dat in zijn geheel of gedeeltelijk kan worden ingezet. Het programma bevat standaard onderdelen en onderdelen die op maat kunnen worden aangeboden. Het programma bevat de volgende onderdelen:

- inzetten van 'health managers'. Deze zorgen voor de uitvoering van het beleid en hebben daarnaast een adviserende en signalerende rol. Ze kunnen onder andere preventieve onderzoeken uitvoeren en arbobeleid omvormen naar gezondheidsmanagement. Ze signaleren problemen in een vroeg stadium en geven inzicht in oorzaken van ziekteverzuim en verminderde productiviteit.
- inzetten van 'health en performance coaches'. Deze voeren onder andere individuele testen uit en inspireren en motiveren medewerkers om te werken aan een verantwoorde leefstijl. Het contact met de deelnemers verloopt telefonisch, online en persoonlijk.
- workshops, onder andere op het gebied van groepsdynamiek, effectiever energieverbruik en herkennen van stressfactoren. Lifeguard ontwikkelt ook workshops op maat.
- concrete systemen: een leefstijlportal (standaard (Health Guard) of op maat gemaakt), digitale vragenlijsten en helpdesk. Voorbeelden van een op maat gemaakte portal is 'Fit & Fun' van Ahold.
- health assessments: deze brengen de leefstijl en andere aspecten van de gezondheid van werknemers in kaart.

Er bestaan ook 'spin-offs' van het programma 'Golden Standard', die door andere commerciële partijen worden aangeboden. Deze programma's werken eveneens met een digitale portal: 'V-online' (ontwikkeld door Achmea Vitale) en 'Fitness.nl' (ontwikkeld door High Five).

VitaalBedrijfPlan (Keurcompany/ArboNed)

KeurCompany is een onderdeel van ArboNed (organisatie die ondernemers, instellingen en overheden bijstaat in hun zorg voor gezond personeel en een verantwoorde werkplek) en is gespecialiseerd in de gezondheid en leefstijl van mensen (Keurcompany, 2009). Het VitaalBedrijfPlan ondersteunt werkgevers bij het stimuleren van een gezonde leefstijl bij de medewerkers. Onderdelen van dit plan

zijn diverse scans voor medewerkers (leefstijlfactoren, risico op hart- en vaatziekten, motivatoren en stressoren in het werk, mentale weerbaarheid) en voor de top van grote organisaties (energiegevende en energievragende factoren), een breed scala van leefstijlinterventies voor medewerkers, advies voor en begeleiding van werkgevers bij opzetten van rookbeleid en organisatieadvies ter preventie van werkstress.

BRAVO Kompas (NISB)

Het BRAVO Kompas is een *instrument* waarmee bedrijven een leefstijlbeleid kunnen opzetten en verankeren (NISB, 2009c). Lichaamsbeweging heeft hierin een centrale plaats, maar ook andere leefstijlthema's komen aan bod: roken, alcohol, voeding en ontspanning. Het Kompas werkt met een zevenstappenplan, vergelijkbaar met het zevenstappenplan van het Integraal Gezondheidsmanagement:

1. draagvlak;
2. structuur;
3. behoefteanalyse;
4. plan van aanpak;
5. actie;
6. evaluatie;
7. borging.

7.3.2 Concrete programma's

Vitaliteitscentrum (Corus)

Het staalbedrijf Corus in Velsen-Noord geeft het gezondheidsbeleid vorm via het Vitaliteitscentrum Heliomare (SER, 2009). Deze is gevestigd vlak bij de ingang van het staalbedrijf. Corus heeft dit in samenwerking met Heliomare, Arboned en Achmea ontwikkeld. In het centrum kunnen medewerkers van het staalbedrijf terecht voor fitness, voedingsadvies, begeleiding bij stoppen met roken, ontspanningsoefeningen, leefstijladvies gericht op ploegendienst en ondersteuning op psychologisch vlak. Het aanbod is bedoeld voor medewerkers bij wie tijdens het driejaarlijkse preventieve onderzoek is gebleken dat ze gezondheidsrisico's lopen. Werknemers zijn niet verplicht om dit Vitaliteitscentrum te bezoeken, maar worden hier wel actief in gestimuleerd. Het centrum richt zich ook op re-integratie. De medewerkers komen in hun eigen tijd, maar ze hoeven in het eerste jaar niet zelf te betalen voor de voorzieningen. Na een jaar kan de medewerker tegen gereduceerd tarief van het Vitaliteitscentrum gebruik blijven maken.

7.4 Omgevingsmaatregelen

De gevonden programma's bestaan vooral uit gedragsinterventies

De gevonden programma's richten zich vooral op het beïnvloeden van de leefstijl via gedragsinterventies. Voorbeelden daarvan zijn het stimuleren van lunchwandelen en op de fiets naar het werk gaan. Omgevingsmaatregelen komen weinig voor in de gevonden programma's. Dit kan te maken hebben met de zoekstrategie. Veel arbeidsorganisaties zullen omgevingsmaatregelen hebben onafhankelijk van gezondheidsbevorderende programma's. Vergroten van veiligheid, maatregelen voor een gezonde kantine en stimuleren van bewegen kunnen ingezet zijn in een werkomgeving zonder dat ze onderdeel zijn van een programma voor gezondheidsbevordering. De gedragsinterventies worden vaak uitgevoerd op locaties buiten de werkplek.

Maatregelen in fysieke omgeving stimuleren gezonde voeding en beweging

Een deel van de gevonden programma's besteedt duidelijk aandacht aan de fysieke omgeving. Het gaat met name om maatregelen gericht op het thema voeding, zoals een aanbod van gezonde voeding, het goedkoper maken van gezonde voeding, het aanbieden van ontbijt in het bedrijfsrestaurant en het aanbieden van productinformatie over de voeding. Andere maatregelen waren gericht op het stimuleren van bewegen via het aanbieden van sportfaciliteiten en doucheruimte, het plaatsen van tafeltennistafels en/of de werkomgeving zodanig inrichten dat werknemers wat verder moeten lopen voor bijvoorbeeld de printer, postvakjes, koffieautomaat en dergelijke. Bij enkele programma's werd uit de beschrijvingen niet duidelijk of maatregelen gericht op de fysieke omgeving tot het aanbod behoorden.

Maatregelen in sociale omgeving verbeteren werksfeer en motivatie werknemers

Omgevingsmaatregelen ter verbetering van de sociale omgeving richten zich op het verbeteren van de werksfeer en de motivatie van de werknemers. Maatregelen gericht op het verminderen van arbeidsgerelateerde stress en werkdruk behoren ook tot deze categorie (Storm et al., 2009).

7.5 Effectiviteit

Van verschillende omgevingsmaatregelen is de effectiviteit aangetoond

Storm et al. (2009) hebben op een rijtje gezet welke omgevingsgerichte maatregelen effectief zijn in het stimuleren van een gezonde leefstijl. Voor het terugdringen van *roken* zijn voorlichting, ondersteuning op het werk bij stoppen met roken en een rookvrije werkplek effectief. Voor het stimuleren van *beweging* zijn individueel aangepaste en groepsgerichte *bewegprogramma's* op het werk effectief, vooral als het geven van sociale steun onderdeel van het programma is. Ook stimuleert een financiële vergoeding voor het fietsen naar het werk het beweeggedrag van werknemers. Maatregelen gericht op het aanbod van *gezonde voeding* in bedrijfskantines laten geen eenduidige effecten zien. Maatregelen die effectief zijn in het voorkomen van *arbeidsgerelateerde stress* zijn: groepsinterventies gericht op stress/werkdruk, de organisatie van het werk (gezond roosteren), ontspanningsoefeningen op het werk, verbetering werkfactoren en kantoorinrichting ter voorkoming van stress.

Evaluaties worden uitgevoerd op individueel of organisatieniveau

Uit de interviews blijkt dat veel activiteiten worden geëvalueerd. Het gaat om evaluaties op verschillende niveaus en om verschillende uitkomstmaten. Zo worden er effectevaluaties uitgevoerd op het niveau van individuele werknemers of werkgevers, of evaluaties op het niveau van afdelingen of van de gehele organisatie. Daarnaast worden er ook procesevaluaties uitgevoerd. De keuze voor een bepaald type evaluatie is afhankelijk van de doelen van een bedrijf of organisatie. Voorbeelden van uitkomstmaten zijn; verzuimgegevens, omzet van het bedrijf, bereik en waardering van bedrijfssport en de participatie van risicogroepen. (Bernaards en Hildebrandt, 2008) De evaluaties worden door verschillende partijen gedaan, zoals TNO, commerciële bedrijven, thema-instituten, lokale GGZ-organisaties en universiteiten.

8 Conclusies setting werk

8.1 Relevante actoren

Verschillende actoren zijn betrokken bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsbevorderende programma's in de setting werk. TNO, NIGZ, NISB en verschillende commerciële partijen zijn actief bij de ontwikkeling en evaluatie van de verschillende activiteiten. Daarnaast spelen branche- en koepelorganisaties, werkgevers- en werknemersorganisaties en zorgverzekeraars een belangrijke rol. Stichting Arbouw stimuleert werkgevers om zich in te zetten voor een gezonde leefstijl van hun werknemers en dit in te bedden in een gezondheidsbeleid. De bedrijfsarts kan via het PMO leefstijladviezen geven aan medewerkers. Body@work doet onderzoek op het gebied van bewegen en arbeid. Er zijn weinig lokale professionals gezondheidsbevordering die zich richten op de setting werk. Het ministerie van SZW en ZonMw zijn de belangrijke financiers van gezondheidsbevordering op de werkplek. Voor de implementatie van programma's zijn de werkgevers de belangrijkste partij. Op de werkvloer zelf houden verschillende professionals zich bezig met de implementatie van gezondheidsbevordering, zoals een HR-manager, een arbo-coördinator, een preventiemedewerker, een KAM-medewerker en een arbo-arts.

8.2 Kenmerken programma's

Voor gezondheidsbevordering in de werksetting bestaan diverse systematische werkwijzen: Gezondheidsmanagement (NIGZ), Integraal Gezondheidsmanagement (TNO), Golden Standard (Lifeguard), het VitaalBedrijfPlan (ArboNed/Keurcompany) en het BRAVO-Kompas (NISB). Deze programma's werken veelal met een stappenplan dat toewerkt naar een beleidsmatige inbedding van activiteiten en maatregelen voor het stimuleren van een gezonde leefstijl. De methoden worden op maat geïmplementeerd in de arbeidsorganisatie, met ondersteuning van de ontwikkelaars. Sommige programma's zijn specifiek ontwikkeld voor een bepaalde werkplek, zoals het Vitaliteitscentrum van Corus. Dit programma is (voor zover ons bekend) niet gebaseerd op de eerder genoemde ondersteunende methoden.

8.3 Omgevingsmaatregelen

Enkele van de gevonden programma's richten zich op het stimuleren van een gezonde leefomgeving. Maatregelen gericht op de fysieke omgeving hebben vooral tot doel om gezonde voeding en beweging te stimuleren. Maatregelen gericht op het stimuleren van gezond eten zijn: aanbod van gezonde voeding in het bedrijfsrestaurant, het goedkoper maken van gezonde voeding, het aanbieden van ontbijt in het bedrijfsrestaurant en het aanbieden van productinformatie over de voeding. Maatregelen gericht op het stimuleren van bewegen zijn: het aanbieden van sportfaciliteiten en doucheruimte, het plaatsen van tafeltennistafels en de werkomgeving zodanig inrichten dat werknemers wat verder moeten lopen voor bijvoorbeeld de printer, postvakjes, koffieautomaat en dergelijke. Maatregelen gericht op de sociale omgeving betreffen het verbeteren van de werksfeer en de motivatie van de werknemers. In de geïnventariseerde programma's voor de setting werk wordt de inrichting van de werkplek weinig genoemd als aangrijpingspunt voor gezondheidsbevordering. De kantoorinrichting kan bijvoorbeeld meer bewegen en sociale cohesie stimuleren en heeft invloed op arbeidsgerelateerde stress (zie Storm

et al., 2009). Ook wordt er binnen de gevonden programma's nog weinig gebruik gemaakt van het stimuleren van fietsen naar het werk. Toch is dit een effectieve maatregel gebleken om lichamelijke activiteit te stimuleren (zie Storm et al., 2009).

8.4 Effectiviteit

Er is weinig bekend over de effectiviteit van de gevonden programma's op gezondheidsmaten. Wel geven verschillende partijen aan evaluaties uit te voeren. De uitkomstmaten waar naar wordt gekeken zijn verschillend en afhankelijk van de doelen en wensen. Er worden effect- en procesevaluaties uitgevoerd en deze kunnen op individu-, op afdelings- en op bedrijfsniveau worden uitgevoerd. TNO is een belangrijke partij met betrekking tot evalueren. Daarnaast voerden de commerciële partijen ook evaluaties uit.

9 Kansen en knelpunten van settinggerichte gezondheidsbevordering

9.1 Inleiding

De voorgaande hoofdstukken hebben een beeld geschetst van de organisatie en kenmerken van settinggerichte gezondheidsbevordering. Op basis van dit beeld kunnen we iets zeggen over kansen en knelpunten van settinggerichte gezondheidsbevordering. *Paragraaf 9.2* gaat in op mogelijke kansen. Het gaat dan vooral om kansen van een settinggerichte benadering in vergelijking tot bijvoorbeeld een themagerichte benadering. Deze kansen liggen in de relatie tussen gedrag en omgeving, de mogelijkheid om breed in te zetten op het versterken van gezond gedrag, inzetten op generieke omgevingsgebonden determinanten, vindplaats voor specifieke doelgroepen en een context voor intersectorale samenwerking. Bij het concreet vormgeven van gezondheidsbevordering in wijk en werk ervaren professionals in de praktijk en hun ondersteuners een aantal knelpunten. Deze knelpunten bespreken we in *paragraaf 9.3*. In *paragraaf 9.3.1* bespreken we knelpunten die zowel bij wijk als bij werk ervaren worden, in *paragraaf 9.3.2* beschrijven we knelpunten die specifiek bij wijkgerichte gezondheidsbevordering ervaren worden. In *paragraaf 9.4* gaan we in op de rol die het CGL kan hebben bij settinggerichte gezondheidsbevordering.

9.2 Kansen

Combinatie van omgeving en gedrag

Verschillende onderzoeken tonen aan dat een combinatie van interventies gericht op gedrag en omgeving effectiever zijn dan interventies gericht op één van beide (zie *hoofdstuk 1*). Omgevingsmaatregelen kunnen zich richten op de fysieke omgeving en op de sociale omgeving. Een aantal van de gevonden programma's heeft omgevingsmaatregelen opgenomen in hun plannen, vooral als het gaat om het stimuleren van beweging en gezonde voeding. De omgevingsmaatregelen richten zich daarbij vooral op de fysieke omgeving van wijk en werk. Bij de leefomgeving werk is daarnaast ook aandacht voor de sociale omgeving, in de vorm van organisatiecultuur, werksfeer en motivatie van de werknemers. Sociale omgevingsmaatregelen versterken onder andere de psychische gezondheid (vitaliteit) van de werknemers. Echter, ondanks goede bedoelingen blijkt het in de praktijk lastig te zijn om de fysieke omgeving te betrekken bij de uitvoering van een programma gezondheidsbevordering.

Versterken van gezondheid in brede zin

Gezondheidsbevordering in een setting zoals wijk en werk biedt de kans om een leefomgeving te creëren die structureel bijdraagt aan een goede gezondheid in brede zin. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid niet alleen een toestand van fysiek welbevinden, maar ook van mentaal en sociaal welbevinden. Juist settinggerichte gezondheidsbevordering heeft de mogelijkheid om in te zetten op een gezonde bevolking in de meest brede zin (zie ook Meijer et al., 2007). Daarmee onderscheidt ze zich van themagerichte gezondheidsbevordering, die zich vooral richt op preventie van specifieke gezondheidsproblemen. Bij de leefomgeving werk wordt het versterken van gezondheid in brede zin, dus zowel fysiek als mentaal en sociaal welbevinden, steeds meer ingezien. Een werkgever heeft namelijk alle belang bij gezonde werknemers die lekker in hun vel zitten. Gezonde werknemers zijn immers productiever omdat ze minder verzuimen door ziekte en gemotiveerder zijn om zich in te zetten voor het werk. Bovendien heeft een gezonde organisatie met

een gezond personeelsbeleid een positief effect op het imago, waardoor de organisatie een aantrekkelijke werkgever is. Ook bij de leefomgeving wijk richten programma's zich op gezondheid in brede zin. Sommige programma's hebben bijvoorbeeld tot doel om de sociale samenhang in een wijk te versterken. Het idee daarachter is dat sociale samenhang van invloed is op het gevoel van welbevinden van de bewoners.

Inzetten op generieke omgevingsgebonden determinanten

Settinggerichte gezondheidsbevordering biedt de mogelijkheid om in te zetten op omgevingsgebonden determinanten die gerelateerd zijn aan verschillende leefstijlthema's. De gedachte hierbij is dat er determinanten zijn die een aantal gedragingen tegelijkertijd beïnvloeden. In diverse onderzoeken onder jongeren zijn bijvoorbeeld verbanden gevonden tussen roken, alcoholgebruik, veilig vrijen en gezonde voeding (Savelkoul, 2008). De mogelijkheid om gezondheidsbevordering ook te richten op generieke determinanten past bij de wens van GGD'en om te komen tot een bouw pakket van effectieve interventies of elementen daarvan (Van Tankeren et al., 2009). Professionals gezondheidsbevordering willen op basis van die elementen een samenhangend programma kunnen samenstellen dat afgestemd is op de lokale situatie. De effectieve elementen van gezondheidsbevordering kunnen themaoverstijgend zijn. In dat geval is een specifieke setting een logische ingang om tot een samenhangend programma te komen met generieke elementen die zich richten op gemeenschappelijke determinanten. In de geïnventariseerde programma's hebben we niet teruggevonden dat er wordt ingezet op gemeenschappelijke determinanten voor verschillende leefstijlthema's.

Vindplaats voor specifieke groepen

Een wijk of een werkplek is een geschikte vindplaats voor specifieke doelgroepen. In de wijk zijn dat mensen met een lage sociaaleconomische status, op de werkplek zijn dat volwassenen (oftewel de volwassen bevolking in het algemeen). Dit zijn ook de doelgroepen waar veel van de gevonden programma's zich op richten. De geografische afbakening van het gebied waar de doelgroepen te vinden zijn, maakt het gemakkelijker om de activiteiten aan te laten sluiten bij het gezondheidsprofiel en de wensen van de doelgroep. Vooral voor mensen met lage sociaaleconomische status, migranten, ouderen en jeugd is werken 'op maat' van belang. Wijkgerichte programma's werken vaak met een communitybenadering. Bewoners en/of intermediairen (lokale zorg- en dienstverleners) worden betrokken bij de keuze voor gezondheidsthema's en/of de ontwikkeling van de activiteiten. Dit kunnen ook activiteiten zijn die zich niet rechtstreeks richten op gezondheid, maar die primair aansluiten bij individuele en collectieve behoeften van inwoners. Het kan daarbij overigens ook gaan om determinanten van gezondheid, zoals inkomen, opleiding en werkgelegenheid. Dit is het geval bij het programma 'Gelijke gezondheid, gelijke kansen' (D). In een later stadium kunnen alsnog gezondheidsthema's betrokken worden bij het programma. Deze insteek past ook bij de preventievisie van het ministerie van VWS (2007a).

Context voor intersectorale samenwerking

Een geografisch afgebakend gebied, met name een wijk, is bij uitstek een geschikte context voor intersectorale samenwerking. Door de geografische afbakening is de lokale context duidelijk. Dit maakt het mogelijk om gebruik maken van bestaande samenwerkings- en beleidsstructuren binnen de wijk. In de gevonden programma's ervaren de betrokken partijen inderdaad de voordelen van bestaande lokale samenwerkingsstructuren. Geïnterviewden gaven aan dat de betrokken partijen elkaar makkelijker kennen omdat ze in dezelfde buurt zitten. Dat maakt het eenvoudiger om een vertrouwensband op te bouwen, afspraken met elkaar te maken en activiteiten op elkaar af te stemmen.

Intersectoraal werken kan ook betrekking hebben op ketenzorg, dat wil zeggen de samenwerking tussen gezondheidsbevorderaars en onder andere de eerstelijnszorg. Deze vorm van intersectoraal werken is ook aan de orde bij de leefomgeving werk, bijvoorbeeld bij de samenwerking tussen

gezondheidsbevorderaar en bedrijfsarts, of tussen bedrijfsarts en (eerstelijns)gezondheidszorg. Uit de interviews bleek dat gezondheidsbevorderende programma's in wijk en werk het belang van ketenzorg duidelijker maken voor de betrokken partijen. Om optimaal gebruik te kunnen maken van een gedefinieerde lokale context is het belangrijk dat de regionale professionals vaststellen hoe de precieze geografische afbakening van de wijken is. Daarnaast is het belangrijk te weten hoe samenwerkings- en beleidsstructuren eruitzien. Dit is ook relevant voor de aansluiting tussen de setting wijk en de setting werk. Uit de interviews bleek namelijk dat bedrijven die werken aan gezondheidsbevordering ook gebruik willen maken van lokale interventies in een wijk of gemeente. Tot nu toe is er weinig afstemming tussen gezondheidsbevordering in beide settings.

9.3 Knelpunten bij de uitvoering

9.3.1 Algemene knelpunten

Gezondheidsbevordering heeft vaak lage prioriteit

Gezondheidsbevordering in het algemeen moet concurreren met andere doelstellingen.

- Op individueel niveau is gezondheid niet het eerste waar mensen in achterstandswijken of op een werkplek aan denken. Andere aspecten zijn belangrijker, zoals gemak of genot. Voor wijk zijn de vijf G's genoemd: genot, gemak, gewoon, gezellig en geluk.
- Elke lokale organisatie of arbeidsorganisatie heeft zijn eigen doelen. Het doel van een organisatie gaat soms boven het doel van een wijk- of werkgericht programma. Ook professionals in de wijk of op de werkplek laten zich hierdoor leiden.
- Er is vaak sprake van concurrentie tussen verschillende (niet gezondheidgerelateerde) projecten. Door de economische crisis kan gezondheidsbevordering een nog lagere prioriteit krijgen. Bij de setting werk heeft vooral het midden- en kleinbedrijf weinig geld en capaciteit tot zijn beschikking. Een bedrijf kiest in zo'n situatie eerder voor andere doelen dan gezondheidsbevordering om in te investeren.

(Gezondheids)winst is voor gemeenten of werknemers niet bekend

Gemeenten of werknemers laten zich met regelmaat weerhouden om te investeren in gezondheidsbevordering omdat ze niet weten wat het oplevert. Werkgevers zien een investering in gezondheidsbeleid bijvoorbeeld niet direct terug in financiële winst. Een werkgever die veel investeert in werknemers door bijvoorbeeld het aanbieden van dure interventies, krijgt geen garantie dat deze werknemer blijft werken voor een bedrijf. De huidige economische crisis is voor veel bedrijven een reden om niet (extra) te investeren in gezondheidsbeleid.

Gebrek aan structurele inbedding

De financiering van programma's is meestal van tijdelijke aard, dat wil zeggen voor de duur van het project. Binnen de projectduur kunnen partijen nog wel tijd en energie investeren in gezondheidsbevordering, maar een structurele inbedding van activiteiten is meestal een probleem. Het is bijvoorbeeld lastiger om de discussie over gezondheidsbevordering binnen de eigen organisatie op een hoger niveau te tillen.

Succes afhankelijk van tijdelijke kartrekkers

Het succes van een programma voor gezondheidsbevordering is afhankelijk van de mensen die het trekken/aansturen. Bij een hoog verloop van de kartrekker(s) kan de continuïteit van het project in gevaar komen.

9.3.2 Wijk specifieke knelpunten

Communitybenadering heeft veel haken en ogen

Programma's voor gezondheidsbevordering in wijken werken vaak met een communitybenadering. De aanname is dat via een communitybenadering meer mensen deelnemen aan de gezondheidsbevorderende activiteiten. Het idee daarachter is dat mensen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van activiteiten, gemotiveerder zijn om daar zelf aan mee te doen. Een communitybenadering is echter een zeer arbeidsintensief en duur proces en staat daarmee regelmatig ter discussie. Bovendien is onbekend in hoeverre een communitybenadering het bereik daadwerkelijk verhoogt. In de praktijk blijken er namelijk nogal wat haken en ogen te zitten aan de organisatie van deze aanpak. Soms is slechts een klein deel van de bewoners betrokken bij de aanpak. Dergelijke haken en ogen kunnen de verwachte effecten van een communitybenadering flink belemmeren. Het is daarom wenselijk om helder te krijgen onder welke voorwaarden een communitybenadering het bereik van de doelgroep kan verhogen en welke ondersteuning kan bijdragen aan het bereiken van die voorwaarden.

Samenwerking met veel partijen is lastig

Uit de interviews blijkt dat samenwerking met veel partijen organisatorisch lastig is bij het uitvoeren van een wijkgericht programma voor gezondheidsbevordering. Vaak vinden er meerdere gezondheidsbevorderende activiteiten tegelijk plaats in een wijk. Bijvoorbeeld als er initiatieven zijn voor de gehele gemeente naast initiatieven voor een specifieke wijk. Partijen die betrokken zijn bij een programma hebben daardoor geen goed overzicht over wie wat doet in de wijk. Dat maakt het lastig om lokaal goed samen te werken met anderen. Een goede sociale kaart van de wijk is dus van belang om tot een goede intersectorale samenwerking te komen.

Afstemming programma's tussen gemeente- en wijkniveau niet optimaal

De afstemming tussen gezondheidsbevorderende programma's op gemeentelijk niveau en op wijkniveau komt nog niet altijd goed uit de verf. Interventies kunnen relevant zijn voor een groter gebied dan alleen een specifieke wijk. Het is dan efficiënter en effectiever om de problematiek ook op een hoger niveau aan te pakken. De zogenaamde parkeerzones en 'kiss and ride-zones' rond een school bijvoorbeeld zijn vaak niet alleen relevant voor één school in een bepaalde wijk, maar voor alle scholen in een gemeente. Andersom kan een wijk er ook belang bij hebben om onderdeel te zijn van gemeentelijke programma's, zoals bijvoorbeeld een stedelijk project valpreventie.

Wijkgericht werken doet een ander beroep op competenties gezondheidsbevorderaar

Gezondheidsbevorderaars die in een wijkgericht programma werken hebben meer dan anders te maken met professionals buiten de gezondheidszorg en welzijn. Dit vraagt andere kennis en vaardigheden dan gezondheidsbevorderaars gewend zijn. Nieuw is bijvoorbeeld de samenwerking met professionals uit de fysieke hoek, zoals ruimtelijke ordening of een woningcorporatie. Projectleiders van wijkgerichte programma's hebben bovendien ook veel te maken met de gemeente, terwijl ze vaak niet goed op de hoogte zijn van hoe een gemeente werkt. Ze hebben bijvoorbeeld weinig ervaring met procedures, structuren, geldstromen en nota's binnen een gemeente, en zijn vaak niet zo goed op de hoogte van de verhoudingen binnen een gemeente en de portefeuilleverdeling tussen wethouders.

Wmo kan leiden tot concurrentie

De Wmo kan bij aanbestedingsprocedures voor wijkgericht werken leiden tot concurrentie tussen organisaties. Het aanbod van een organisatie kan overlappen met dat van andere aanbieders, met name als het gaat om intersectorale activiteiten. Een welzijnsorganisatie kan bijvoorbeeld een vergelijkbaar aanbod hebben met dat van een woningcorporatie, als beide van elkaars expertise gebruik willen maken. Dat kan leiden tot samenwerking, maar ook tot concurrentie.

9.4 Mogelijke rol van CGL bij settinggerichte gezondheidsbevordering

In de interviews is gevraagd naar de mogelijke rol van het CGL bij settinggerichte gezondheidsbevordering. Ook is aan het eind van het project een RIVM-brede consultatiebijeenkomst gehouden waarin naar de mogelijke rol van het CGL is gevraagd. De belangrijkste punten die naar voren kwamen waren dat het CGL een centraal overzicht kan bieden van het aanbod en kennis over (elementen van) programma's. Ook werd genoemd dat het CGL een ondersteunende rol kan vervullen bij kennis over het implementeren van settinggerichte gezondheidsbevordering. Hieronder zijn deze mogelijke rollen beschreven aan de hand van alle punten die in de interviews of de consultatiebijeenkomst genoemd zijn. De analogie met de inzet van het CGL ten behoeve van gezondheidsbevordering in de setting school ligt voor de hand.

Visievorming en agendasetting

- Het belang van gezondheidsbevordering in wijk en werk op de agenda zetten bij landelijke en lokale partijen.
- De meerwaarde van wijkgerichte gezondheidsbevordering voor het verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen op de agenda zetten. Een aantal geïnterviewden ziet hiervoor een landelijke rol in plaats van steeds opnieuw agenderen op lokaal niveau.
- Visievorming op intersectoraal c.q. integraal werken in settings.

Overzicht van mogelijkheden, ervaring en kennis

Kennis over het aanbod

- Kennis over gezondheidsbevordering in wijk en werk verzamelen, valideren, verrijken en verspreiden via onder andere Loketgezondleven.nl.
- Binnen Loketgezondleven.nl weblinks opnemen naar partners die actief zijn in de settings wijk en werk en naar andere relevante websites.
- Zoekfunctie van de interventiedatabase op Loketgezondleven.nl verbeteren; nu vind je niets of teveel.
- Interventiedatabase ook inzichtelijk maken voor werkgevers. Bevorderen dat er voor alle BRAVO-thema's (bewegen, roken, alcohol, voeding, ontspanning) effectieve interventies worden opgenomen die bruikbaar zijn voor de setting werk.
- In de interventiedatabase kunnen zoeken naar actuele interventies die in specifieke gemeenten of GGD-regio's worden aangeboden. Werkgevers kunnen hun medewerkers hierop attenderen. In de setting wijk kunnen wijkcoördinatoren en wellicht ook huisartsen de wijkbewoners hierop attenderen.
- Beoordelen van interventies voor gebruik in wijk en werk op kwaliteit en de effectiviteit (door een onafhankelijke erkenningscommissie).
- Bereik van Loketgezondleven.nl (inclusief de interventiedatabase) vergroten onder professionals die zich bezighouden met werkgerelateerde gezondheidsbevordering. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door een weblink naar Loketgezondleven.nl op te nemen in relevante websites voor werkgerelateerde gezondheidsbevordering, zoals het Arboportaal (ministerie van SZW), het Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM) en het BRAVO-Kompas (NISB).
- Vertalen van internationale kennis naar de Nederlandse situatie en deze ontsluiten via Loketgezondleven.nl.

Competente professionals

- Netwerk voor uitwisseling: mogelijk maken dat professionals onderling kennis en ervaringen kunnen uitwisselen, al dan niet face-to-face. Hierbij bestaat de voorkeur om dit per setting te organiseren.

- Scholing en training in competenties die relevant zijn voor gezondheidsbevordering in settings. Niet alles kun je leren via uitwisseling. Soms is een gerichter scholingsprogramma van belang.

Procesrol

- Uitzetten van hoofdlijnen voor het implementeren van settinggerichte gezondheidsbevordering. De werkwijze is vergelijkbaar met de Handleiding Gezonde School.
- Verder (laten) ontwikkelen en verspreiden van bruikbare systematische werkwijzen, zoals WijkSlag. Hierbij ook aandacht besteden aan intersectoraal werken.
- Competentieontwikkeling van projectleiders/coördinatoren van wijkgerichte gezondheidsbevordering waar nodig stimuleren.

Activiteiten die niet bij het CGL passen, maar waar wel behoefte aan is.

- Advies op maat bij de uitvoering of implementatie van concrete lokale programma's.
- Ontwikkelen van 'good practices' voor wijkgerichte gezondheidsbevordering (interventies, mix van interventies en concrete voorbeelden).
- Aanpassen van interventies voor andere doelgroepen dan de doelgroep waarvoor de interventie is ontwikkeld.

Bij alle activiteiten blijft het belangrijk om gebruik te maken van de expertise van andere partijen.

10 Aan de slag!

De oriëntatie op gezondheidsbevordering in wijken en op werkplekken levert een divers beeld op. Het beeld is divers voor:

- het type organisaties dat lokaal en landelijk invulling geeft aan settinggerichte gezondheidsbevordering;
- de thema's die per setting in de belangstelling staan;
- het grote aantal ontwikkelde interventies die al dan niet worden toegepast en/of zijn onderzocht op effectiviteit;
- de verschillende doelgroepen die via settings worden bereikt.

Juist deze mate van diversiteit en hoeveelheid vraagt om overzicht en uitwisseling. Het CGL gaat daarom in 2010 samen met haar partners hiermee aan de slag. Het CGL verzamelt, bundelt en ontsluit inzichten in gezondheidsbevordering in wijk en werk onder andere via Loketgezondleven.nl. Denk hierbij aan:

1. themapagina's voor gezonde wijken en gezond werken op Loketgezondleven.nl;
- verdieping van de handleiding Gezonde Gemeente (verschijnt najaar 2010) met mogelijkheden voor gezondheidsbevordering in settings;
 - een overzicht van de huidige organisatie, activiteiten en werkwijze van professionals gezondheidsbevordering in de setting wijk;
 - een beschrijving van de huidige en gewenste rol van de eerstelijnszorg, thuiszorg en Centra voor Jeugd en Gezin bij intersectorale gezondheidsbevordering in de setting wijk.

Het CGL zal hiertoe ook bij gaan dragen aan het WWI-kennisnetwerk Gezonde Wijken.

Zowel bij de setting wijk als bij de setting werk gaat het om nieuwe competenties van professionals gezondheidsbevordering. Het CGL zal daartoe bij de *ontwikkeling* van bovenregionale ondersteuning nagaan bij stakeholders welke specifieke ondersteuning nodig is voor het werken in settings, waar nu niet of onvoldoende in wordt voorzien. Gedacht kan worden aan ondersteuning op maat, deskundigheidsbevordering, intervisie, uitwisselingsmogelijkheden tussen landelijke en lokale partijen en lerende netwerken. Het doel hiervan is uiteraard het vergroten van de slagkracht en impact van professionals op de gezondheid van mensen via settings.

Literatuur

- Attema, F. De LENS-methode: handleiding voor toekomstanalyse van wijk en dorp. Deventer: WESON, 1991.
- Bernaards CM, Hildebrandt VH. Bereik en waardering van bedrijfssport en de participatie van risicogroepen. Leiden: TNO, 2008.
- Bohlmeijer E, Smit F, Smits C, Onrust S, Toet J, Riper H. Depressiepreventie ouderen. Handleiding. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Bruijne E de. Projectplan Gelijke Gezondheid Gelijke Kansen 2009 t/m 2010. 2009.
- Busch MCM. Welk wettelijk en beleidskader kent preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\Terreinbeschrijving, 12 december 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.
- BZK, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Wet Publieke Gezondheid. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/geldigheidsdatum_09-06-2009>. Geraadpleegd op 27 juli 2009. Den Haag: BZK, 2009.
- CCV, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, 2009. Communities that care. <http://www.hetccv.nl/dossiers/Samenleven_en_wonen/Jeugdcriminaliteit/Jeugdcriminaliteit/Landelijk---Communities-that-Care.html>. Geraadpleegd op 15 april 2009. Utrecht: CCV, 2009.
- Dahlgren G, Whitehead M. What can be done about inequalities in health? The Lancet, 1991; 338 (8774): 1059-1063.
- Duivenvoorden E. Landelijk platform voor wijkgericht werken. <http://www.lpb.nl/index.php?option=com_publications&task=view&id=146>. Geraadpleegd 30 november 2009. LPB, 2006.
- Engbers LH, Vries de SI, Stege JP. Netwerk Gezonde leefomgeving, TNO Kwaliteit van leven, Leiden, 2009.
- Eysink PED, Hamberg-van Reenen HH, Lambooy MS. Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. RIVM-rapport 270254001. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Felix J. Inhoudelijk en financieel verslag B.Slim in 2008. Zeist: GGD Midden-Nederland, 2009.
- Gemeente Deventer, 2007. Wijkactieplan Rivierenwijk. <http://www.kei-centrum.nl/websites/kei/files/KEI2003/Projecten/Deventer_Rivierenwijk_wijkactieplan.pdf>. Geraadpleegd op 30 juli 2009.
- Gemeente Den Haag. Gezondheidsachterstand moet wijken. <<http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=37308>>. Geraadpleegd op 8 juni 2009. Den Haag: gemeente Den Haag, 2009.
- Gemeente Den Haag, Dienst OCW. Gezondheidsachterstand moet wijken, Kadernota 2003-2006. Gemeente Den Haag, november 2003.
- Gemeente Den Haag. Haagse nota volksgezondheid 2007 – 2011 Natuurlijk: gezond! Den Haag: Gemeente Den Haag, 2007.
- Gemeente Utrecht. Utrecht gezond! Convenant tussen Agis Zorgverzekeringen en de gemeente Utrecht 2008-2013. Utrecht: Gemeente Utrecht, 2008.
- Gemeente Utrecht. <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=225482>. Geraadpleegd op 30 november 2009. Utrecht: Gemeente Utrecht, 2009.
- Gemeente Utrecht, Agis Zorgverzekeringen. Utrecht gezond!. <http://www.utrechtgezond.nl/>. Geraadpleegd 30 november 2009. Utrecht: Gemeente Utrecht/Agis Zorgverzekeringen, 2009.
- GGD Brabant Zuidoost. Gezond in de buurt. <<http://www.ggdbzo.nl>> Projecten\Gezond in de buurt. Geraadpleegd op 8 juni 2009. Helmond: GGD Brabant Zuidoost, 2009.
- GGD Eemland, 2009. B.Slim Amersfoort en Baarn. B.Slim <<http://www.bslim.nu/>>. Geraadpleegd op 24 april 2009. Amersfoort/Baarn: GGD Eemland, 2009.

- GGD Gelre-IJssel, 2009. Project Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek. <http://www.ggdgelre-ijssel.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=2621&hoofdid=2620&pagetitle=Downloads_en_contact>. Geraadpleegd op 30 september 2009. Apeldoorn: GGD Gelre-IJssel, 2009.
- GGD Nederland. Fonds OGZ. <<http://www.ggdkennisnet.nl>>, zoeknummer 5691. Geraadpleegd op 16 november 2009. Utrecht: GGD Nederland, 2009a.
- GGD Nederland. Gezond in de buurt. <http://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/paginaSjablonen/raadplegen.asp?display=2&atoom=23188&atoomsrt=25&actie=2>. Geraadpleegd 30 november 2009. Utrecht: GGD Nederland, 2009b.
- GGD Nederland. Samen gezond Zwolle. <<http://www.ggdkennisnet.nl>>, zoeknummer 47003. Geraadpleegd op 15 juni 2009. Utrecht: GGD Nederland, 2009c.
- GGD Nederland. Gezond gewicht Overvecht. <https://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=49257&VolgNr=680>. Geraadpleegd 25 juni 2009. Utrecht: GGD Nederland, 2009d.
- GG&GD Utrecht. Gezond gewicht Overvecht. <https://www.ggdkennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=49257&VolgNr=680>. Geraadpleegd op 24 april 2009. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2009.
- GGGK, Gelijke gezondheid, gelijke kansen. <<http://www.gggk.nl>>. Geraadpleegd op 8 juni 2009. Tilburg: GGGK, 2009.
- Groeneveld iF, Proper KI, Beek AJ van der, Duivenbooden C van, Mechelen W van. Design of a RCT evaluating the (cost-) effectiveness of a lifestyle intervention for male Construction workers at risk for cardiovascular disease: The Health Under Construction Study. BMC Public Health, 2008, 8:1.
- Harting J, Assema P van. Community projecten in Nederland. De eeuwige belofte? Groningen: Universiteit Groningen, 2007.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Older JJ (Red.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Hoofdstuk 2: Wat betekent preventie voor onze gezondheid? Aanpak vanuit settings. RIVM rapport 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006. Zie ook: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5441n30047.html
- Hommels L (projectleider NIGZ). Projectplan Gelijke gezondheid, gelijke kansen, december 2000. <www.gggk.nl>. Geraadpleegd op 8 juni 2009. Woerden: NIGZ, 2000.
- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S (Eds.). Prevention of mental disorders: WHO, Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. WHO, 2005.
- Huiberts A. Gelijke gezondheid, gelijke kansen. Evaluatie 2004-2006. Woerden: NIGZ, 2008.
- Huis voor de Sport Groningen, 2009. Bslim Groningen. <<http://www.bslim.nl>>. Geraadpleegd op 15 juni 2009. Groningen: Huis voor de Sport Groningen, 2009.
- IPP, Instituut voor Publiek en Politiek. LENS-methode. <<http://www.publiek-politiek.nl/Info-over-politiek/Participatie/Burgerparticipatie/Overzicht/LENS-methode>>. Geraadpleegd op 29 april 2009. Amsterdam: IPP, 2009.
- Izeboud C. Vervolg 2008-2010 Project Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek. Apeldoorn: GGD Gelre-IJssel, 2007.
- KEI, KEI kenniscentrum stedelijke vernieuwing. Grotestedenbeleid. <http://www.kei-centrum.nl/view.cfm?page_id=2500>. Geraadpleegd op 16 november 2009. Rotterdam: KEI, 2009.
- Keurcompany. Vitaalbedrijfsplan. <<http://www.keurcompany.nl/diensten/vitaliteit>>. Geraadpleegd op 30 november 2009. 's Hertogenbosch: Arboned, 2009.
- Lifeguard. <<https://www.lifeguard.nl/>>. Geraadpleegd op 30 november 2009. Utrecht: Lifeguard, 2009.
- LVG, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Krachtwijken en gezondheid. <<http://www.lvg.org/landelijk/krachtwijken.htm>>. Geraadpleegd op 23 november 2009. Utrecht: LVG, 2009.

- Meijer S, Schuit J en Tamsma N. Depressie. In: E van der Wilk, JM Melse, JM den Broeder en PW Achterberg. *Leren van de buren. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007. RIVM rapportnummer 270051010.
- MOVISIE. LENS-methode. <http://www.kleurrijkwelzijn.nl/118684/def/home_/methoden/burgers_aan_het_stuur/tools/de_le_nsmethode/>. Geraadpleegd op 29 april 2009. Utrecht: MOVISIE, 2009.
- NCvB, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. <<http://www.beroepsziekten.nl/>>. Geraadpleegd november 2009. Amsterdam: NCvB, 2009.
- Nicis-institute, 2009. *Gezond en Wel*, Arnhem. <http://preview.kcgs.hippo10.internetland.nl/kcgs/dossiers/Zorgenwelzijn/Gezondheid/Sociaaleconomischegezondheidsverschillen/4438_1002.html>. Geraadpleegd op 24 april 2009. Den Haag: Nicis Institute, 2009a.
- Nicis-institute. *Wijkgerichte aanpak actieve leefstijl*. <http://www.nicis.nl/nicis/bijeenkomsten/verslagen/2009/03/verslag-over-gewicht_1017.html>. geraadpleegd 30 november 2009. Den Haag: Nicis Institute, 2009b.
- NIGZ, Nederlands Instituut Gezond voor Gezondheid en Zorg. *Drie jaar werken aan gezondheidsbevordering op lokaal niveau. Activiteiten en resultaten van het programma Lokaal Gezond*. Woerden: NIGZ, 2009a.
- NIGZ, Nederlands Instituut voor Gezondheid en Zorg. <<http://focus.nigz.nl/>>. Geraadpleegd 24 november 2009. Woerden: NIGZ, 2009b.
- NIGZ, Nederlands Instituut voor Gezondheid en Zorg. *Gezondheidsmanagement*. <<http://www.gezondheidsmanagement.nl/>>. Geraadpleegd op 25 november 2009. Woerden: NIGZ, 2009c.
- NIGZ, Nederlands Instituut voor Gezondheid en Zorg. *WijkSlag*. <<http://www.wijkslag.nl/>>. Geraadpleegd op 14 oktober 2009. Woerden: NIGZ, 2009d.
- NISB, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging. *Nationaal Actieplan Sport en Beweging*. <<http://www.nasb.nl/>>. Geraadpleegd 25 november 2009. Bennekom: NISB, 2009a.
- NISB, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging. *De wijk: een bron van energie*. <http://www.nisb.nl/projecten/kids-_jeugd/de-wijk_een-bron-van-energie.html>. Geraadpleegd op 30 november 2009. Bennekom: NISB, 2009b.
- NISB, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging, MOVISIE. *Nationaal Actieplan Sport en Beweging*. <<http://www.nasb.nl/>>. Geraadpleegd 25 november 2009. Bennekom: NISB/MOVISIE, 2009.
- NISB, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging. <<http://www.nisb.nl/bravokompas>>. Geraadpleegd op 30 november 2009. Bennekom: NISB, 2009c.
- NJi, Nederlands Jeugdinstituut, 2009. *Communities that care*. <www.ctc-holland.nl/>. Geraadpleegd op 15 april 2009. NJi, 2009.
- OCW, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn. *Gezondheidsachterstand moet wijken. Kadernota 2003-2006*. Den Haag: OCW, 2003.
- Provincie Gelderland. <<http://www.gelderland.nl/eCache/DEF/3/539.html>>. Geraadpleegd op 16 november 2009. Arnhem; Provincie Gelderland, 2009.
- Raaijmakers T. *Arbeid en Gezondheid. Een verkenning van relevante partijen, structuren en mogelijkheden voor communicatie, disseminatie en implementatie in het kader van het Programma Participatie en Gezondheid. Rapportage en Bijlagen*. Amersfoort: BaartRaaijmakers/ZonMw, 2009.
- Reijenga, FA, Veerman, TJ, Berg van den, N. *Onderzoek evaluatie wet verbetering poortwachter*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Projecten en kennisvragen 2009. Programma CGL: Centrum Gezond Leven*. Bilthoven: RIVM, 2008.

- RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur (Rob). Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Zoetermeer: RVZ, Onderwijsraad en Rob, 2009.
- Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen : het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIGZ, 2005.
- Savelkoul M. Taak inhoudelijke samenhang. Verslag voor klankbordgroep 16 december 2008 (intern rapport).
- Schaafsma R, de Groot E (Red.). Nieuwsbrief Fonds OGZ 2006. <<http://fundsogz.netrex.nl/blobs/nieuwsbriefmei2006.pdf>>. Geraadpleegd op 16 november 2009. Den Haag: Fonds OGZ, 2006.
- Schuit AJ, Wendel-Vos GC, Verschuren WM, Ronckers ET, Ament A, Assema P van et al. Effect of 5-year community intervention Hartslag Limburg on cardiovascular risk factors. *Am J Prev Med.*, 2006; 30 (3): 237-242.
- Schrijvers, CTM, Storm I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. RIVM-rapport 270171001. Bilthoven: RIVM, 2009.
- SER, Sociaaleconomische Raad. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties, 2009. Den Haag: SER, 2009.
- Stichting Thuis op Straat Centraal. <<http://www.thuisopstraat.nl>>. Geraadpleegd op 16 november 2009. Rotterdam: Stichting Thuis op Straat Centraal, 2009.
- Storm I, Jansen J, Schuit AJ. Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid. Een verkennende studie. RIVM-rapport 270304001. Bilthoven: RIVM, 2009.
- SZW, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Arboportaal. <<http://www.arboportaal.nl/>>. Geraadpleegd op 24 november 2009. Den Haag: SZW, 2009.
- Tankeren N van, Kok M, Blokdijk L. Samenwerking GGD'en en thema-instituten rond leefstijlinterventies: verkenning van GGD perspectief. Bilthoven: RIVM, 2009.
- TNO, NIGZ, ZonMw, Nederlandse Hartstichting. Meer bewegen kan uw bedrijf winst opleveren!, brochure, 2007.
- TNO. Meer bewegen op het werk (digitale brochure). <<http://www.tno.nl/downloads/TNO-KvL%20Folder%20Meer%20bewegen%20op%20het%20werk.pdf>>Geraadpleegd op 24 november 2009>. Leiden: TNO Preventie en Zorg, 2009.
- Ti, Trimbos-instituut. Integrale aanpak depressiepreventie. <www.trimbospreventie.nl/?themeID=338>. Geraadpleegd 25 november 2009. Utrecht: Ti, 2009.
- Verdonk I, Rokers P, Koster N en Baert T. Evaluatie vijf jaar wijkgerichte gezondheidsbevordering in Molenberg (Heerlen). Woerden: NIGZ, 2005.
- Verweij A. Preventie in de wijk. Organisatie en aanbod: Wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ In verschillende settings\ Wijk, 13 december 2006a. Geraadpleegd 24 november 2009. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Verweij A, Iedema P. Wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ In verschillende settings\ Werkplek, 23 juni 2006. Geraadpleegd in juli 2009. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Verweij A, Lucht van der F, Dromers M. Gezondheid in de 40 krachtwijken. RIVM-rapport 270951001. Bilthoven: RIVM, 2008.
- VROM, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Gezonde Krachtwijken. <<http://www.vrom.nl/pagina.html?id=35623>>. Geraadpleegd op 4 juni 2009. Den Haag: VROM, 2009.
- VROM/WWI, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/ Ministerie van Wijk, Werk en Inkomen. Impulsregeling Ruimte voor contact.

- <<http://www.ruimtevoorcontact.nl/>>. Geraadpleegd op 25 november 2009. Den Haag; VROM/WWI, 2009a.
- VROM/WWI, Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/ Ministerie van Wijk, Werk en Inkomen. Zakboekje Experiment Gezonde Wijk. 2009. Den Haag: VROM/WWI, 2009b.
 - VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, 2006.
 - VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007a.
 - VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007b.
 - VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, OCW, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Aankondiging van de impuls voor brede scholen, sport en cultuur. <<http://www.minvws.nl/brieven/ds/2007/aankondiging-van-de-impuls-voor-brede-scholen-sport-en-cultuur.asp>>. Geraadpleegd op 25 november 2009. Den Haag: VWS/OCW, 2007c.
 - Zimmermans, N. Verse vis en linedance: Heerlen, Kerkrade en Landgraaf sluiten aan op gezonde wensen in de wijk. G: Vakblad voor gezondheid en maatschappij, 2004, 5: 30-31.
 - ZonMw. Hartslag Limburg. <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programmas/preventie/thema-s/informatie-over-hart-en-vaatziekten/hartslag-limburg/>. Geraadpleegd op 15 april 2009. Den Haag: ZonMw, 2009.
 - Zwetsloot G, Gründemann L, Vaandrager L. Integraal Gezondheids Management (IGM): eindrapportage. TNO-rapport 14669-018.17268. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003.

Bijlagen

- 1 Projectgroepleden en geïnterviewden
- 2 Overzicht geïnccludeerde programma's wijk
- 3 Overzicht relevante actoren setting wijk
- 4 Overzicht doel, doelgroepen en thema's setting wijk
- 5 Overzicht doel, doelgroepen en thema's setting werk
- 6 Aanvulling: andere programma's en instrumenten setting werk
- 7 Lijst met gebruikte afkortingen

Bijlage 1 Projectgroepleden en geïnterviewden

Setting wijk

Projectgroepleden

Mevrouw A. Dijkstra (GGD Gelre-IJssel),
Mevrouw F. Haker (Pharos)
Mevrouw E. van den Heuvel (Beleidsadvies en Projectmanagement)
Mevrouw D. de Jongh (RIVM Centrum Gezond Leven)
Mevrouw N. Ochtman (STIVORO)
Mevrouw A. Roodenburg (STIVORO)
Mevrouw M. Sturkenboom (RIVM Centrum Gezond Leven)

Interviews

Mevrouw H. Borst (GG&GD Utrecht)
Mevrouw E. van den Burgt (GGD IJsselland)
Mevrouw E. De Bruijne (GGD Hart voor Brabant)
De heer J. ten Dam (NIGZ)
Mevrouw P. Dijkema (GGD Brabant-Zuidoost)
Mevrouw J. Felix (GGD Midden-Nederland)
Mevrouw C. Izeboud (GGD IJsselland), Alcoholmatiging
Mevrouw M. de Jong (GGD Gelre-IJssel)
Mevrouw S. Kraetzer (GGD Den Haag)
Mevrouw L. Kuipers (ministerie VWS, VROM/WWI)
Mevrouw E. Linssen (GGD Zuid Limburg)
Mevrouw M. Martens (Stichting Thuis op Straat Centraal)
Mevrouw E. Mulder (NISB)
Mevrouw M. van Niekerk (GGD Brabant-Zuidoost)
Mevrouw S. Quak (GG&GD Utrecht)
Mevrouw D. Schokker (GGD Gelre-IJssel)
Mevrouw K. Spijkers (GGD Brabant-Zuidoost)
Mevrouw N. Van der Zouwe (GGD Hollands-Midden)

Setting werk

Projectgroepleden

Mevrouw L. Blokdijk (RIVM Centrum Gezond Leven)
Mevrouw D. van Dale (RIVM Centrum Gezond Leven)
Mevrouw E. de Hollander (RIVM Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek)
Mevrouw F. Mensink (Voedingscentrum)
Mevrouw M. Ruiten (Trimbos-instituut)

Interviews

Mevrouw A. Almasi (Consument & Veiligheid)
De heer H. Arends (NISB)
De heer P. Baart (Baart en Raaijmakers)
Mevrouw N. Gras (ministerie van SZW)
De heer M. Hofstee (Lifeguard)
De heer P. van Kleij (Arboned/Keurcompany)
Mevrouw M. Miedema (Indigo Gezond Werken)
De heer P. Mol (NISB)
Mevrouw T. Raaijmakers (Baart en Raaijmakers)
Mevrouw A. van Scheppingen (TNO)
De heer R. van der Sluys (ministerie van SZW)

De heer A. Weber (ministerie van SZW)
De heer J. Westein (Vakbond De Unie)
De heer G. Zwetsloot (TNO)

Bijlage 2 Overzicht geïncludeerde programma's wijk

Nr.	Naam	Locatie	Initiatiefnemer	Theoretisch/ ondersteunend kader	Literatuur	Opmerkingen
A	Gezond Samen Leven (voorheen 'Uw buurt gezond')	Heerlen, Kerkrade, Landgraaf	GGD Oostelijk Zuid-Limburg / NIGZ	<ul style="list-style-type: none"> • WijkSlag • Community- benadering 	<ul style="list-style-type: none"> • Verdonk et al. (2005) • Zimmermans (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proeftuin voor ontwikkeling wijkgerichte aanpak
B	Samen Gezond	Zwolle	Gemeente Zwolle / GGD IJsselland	<ul style="list-style-type: none"> • WijkSlag • Community- benadering • Waar mogelijk gebruik gemaakt van bestaande effectieve interventies 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Nederland (2009c) http://www.samengezond.nu/ 	<ul style="list-style-type: none"> • Deelprogramma van 'Gezond Gewicht, Gezonde Wijk' • Financiering deels uit Grotestedenbeleid
C	Rivierenwijk Beweegt	Deventer	Gemeente Deventer / Woningcoöperatie Rentrete	<ul style="list-style-type: none"> • B-Slim Groningen • Onderdeel van 'Experiment Gezonde wijk' • Community- benadering 	Gemeente Deventer (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Het programma is onderdeel van de aanpak krachtwijken • Onderdeel van 'Experiment Gezonde wijk'
D	Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen	Tilburg	Gemeente Tilburg	<ul style="list-style-type: none"> • Community- benadering • LENS-methode • Refka 	<ul style="list-style-type: none"> • GGGK (2009): http://www.gggk.nl/ • Hommels (2000) • Huiberts (2008) 	<ul style="list-style-type: none"> • De samenhang van het programma was oorspronkelijk voornamelijk organisatorisch, later meer inhoudelijk (overgewicht)
E	Hartslag Limburg	Regio zuidelijk Zuid-Limburg	?	?	ZonMw (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek gedaan naar (kosten)effectiviteit

F	Gezond in de Buurt	Eindhoven	Gemeente Eindhoven	<ul style="list-style-type: none"> • Community-benadering • Integrale aanpak volgens model van Lalonde 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Brabant Zuidoost (2009) • GGD Nederland (2009b) 	n.v.t.
G	Utrecht Gezond	Utrecht	Gemeente Utrecht / zorgverzekeraar Agis	?	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Utrecht (2008) • Gemeente Utrecht en Agis Zorgverzekeringen (2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbeeldproject voor intersectoraal gezondheidsbeleid (RvZ, OR, ROB) • In dit programma zijn meerdere gezondheidsprogramma's ondergebracht (o.a. 'Big!Move') • Gebaseerd op convenant 'Utrecht Gezond!' tussen gemeente Utrecht en Agis
H	Gezondheidsachterstand moet wijken	Den Haag	Gemeente Den Haag	<ul style="list-style-type: none"> • Participatie met intermediairen en bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Den Haag (2009) • Gemeente Den Haag (2007) • Gemeente Den Haag (2003) • OCW (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingebed in Grotestedenbeleid
I	B.Slim	Amersfoort, Baarn	Gemeente Amersfoort / gemeente Baarn	<ul style="list-style-type: none"> • Community-benadering 	GGD Eemland (2009): http://www.bslim.nu/	n.v.t.
J	Wijkgerichte aanpak actieve leefstijl	Nijmegen	Gemeente Nijmegen	<ul style="list-style-type: none"> • NASB 	Nicis (2009b)	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwerking NASB
K	Communities that Care	Rotterdam, Amsterdam, Arnhem, Zwolle	NJi i.s.m. gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> • Communities that Care 	<ul style="list-style-type: none"> • CCV (2009) • NJi (2009): http://www.ctc-holland.nl/ 	n.v.t.
L	Bslim (Sportieve Leefstijl Interventie Methode)	Groningen	Gemeente Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • BOS-impuls • Community-benadering 	<ul style="list-style-type: none"> • Huis voor de Sport Groningen (2009): http://www.bslim.nl/ • Duivenvoorden (2006) 	n.v.t.
M	Gezond Gewicht Overvecht	Utrecht	Gemeente Utrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Community-benadering 	<ul style="list-style-type: none"> • GG&GD Utrecht (2009) • GGD Nederland (2009d) • Gemeente Utrecht (2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiering deels uit Grotestedenbeleid
N	Overgewicht in de	Leeuwarden,	NISB, NIGZ,	<ul style="list-style-type: none"> • Angelo-model 	NISB (2009b)	n.v.t.

	wijk (opgevolgd door 'De wijk: een bron van energie')	Hellendoorn, Delft, Zwolle, Hilversum, Dordrecht	Voedingscentrum	• Refka		
O	WijkSlag	Achterstands-/lage SES-wijken in NL	NIGZ	• WijkSlag	NIGZ (2009): www.wijkslag.nl	• Systematische werkwijze
P	Alcoholmatiging Jeugd	Achterhoek	GGD Gelre-IJssel en 8 Achterhoekse gemeenten	• Integrale aanpak • Community-benadering	• GGD Gelre-IJssel (2009) • Izeboud (2007)	• Communityaanpak in gemeenten i.p.v. wijk
Q	Natuurlijk Gezonde Wijken (vervolg op H)	Den Haag	Gemeente Den Haag Stiom en GGD	• Urban Health Governance	Gemeente Den Haag (2007)	• Onderdeel van stedelijk project 'Natuurlijk Gezond Den Haag'
R	Integrale Aanpak Depressiepreventie	Bergen op Zoom, Utrecht, Leiden en Den Bosch	Trimbos-instituut GGD Hart voor brabant GGD Hollands Midden	• Fasegewijze aanpak zoals beschreven in de 'Integrale Aanpak Depressiepreventie Ouderen'	• Bohlmeijer et al. (2005) • Ti (2009)	• Proefregio's in hoogrisicowijken

Bijlage 3 Overzicht relevante actoren setting wijk

	Opstarten			Uitvoeren	
	Initiatiefnemers	Financiers	Ontwikkelaars	Organisatie	Uitvoerders
A	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • NIGZ • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • Grotestedenbeleid • Gemeente: Fonds OGZ • Bijdrage betrokken organisaties 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) • NIGZ • Partijen in samenwerkingsverband Zorg en Gezondheid • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Partijen in samenwerkingsverband Zorg en Gezondheid • Bewoners/buurtvertegenwoordigers 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Partijen in samenwerkingsverband Zorg en Gezondheid • Bewoners/buurtvertegenwoordigers
B	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Onderdeel van breder plan (Grotestedenbeleid) • Zorgverzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> • BOS Impuls • Zorgverzekeraar • Gemeente 	<p>Waarschijnlijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) • OPOZ • Welzijn • Thuiszorg • MCC Klik • Sportservice Zwolle 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • OPOZ • Welzijn • Thuiszorg • MCC Klik • Sportservice Zwolle 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • OPOZ • Welzijn • Thuiszorg • MCC Klik • Sportservice Zwolle • Onderwijs • Ziekenhuis • Huisartsen • RIAGG
C	<ul style="list-style-type: none"> • Onderdeel van breder plan (Krachtwijk, Gezonde Wijk) • Gemeente • Woningcorporatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Krachtwijk/Gezonde Wijk • BOS impuls • Gemeente • Woningcorporatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie (trekker) • Welzijn • Sportservice • Onderwijs • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie (trekker) • Welzijn • Sportservice • Onderwijs • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie (trekker) • Welzijn • Sportservice • Onderwijs • Bewoners
D	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Thuiszorg • NIGZ • GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Bijdrage betrokken organisaties 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) • NIGZ • Thuiszorg • GGZ • Gemeente • Sociaal-cultureel werk • Bewoners • Novadic-Kentron (verslavingszorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • NIGZ • Thuiszorg • GGZ • Gemeente • Sociaal-cultureel werk • Bewoners • Novadic-Kentron (verslavingszorg) 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Thuiszorg • GGZ • Gemeente • Sociaal-cultureel werk • Bewoners • Novadic-Kentron (verslavingszorg) • Sportbedrijf • Onderwijs • Peuterspeelzaal

	Opstarten			Uitvoeren	
	Initiatiefnemers	Financiers	Ontwikkelaars	Organisatie	Uitvoerders
					<ul style="list-style-type: none"> • OCA • Stuivesant (fysiotherapie & fitness) • Huisartsen • NISB • Voedingscentrum • Bewoners • Andere kleine partijen
E	?	?	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Ziekenhuis • Huisarts • GGD • Welzijn • Bewoners • Andere lokale partijen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Ziekenhuis • Huisarts • GGD • Welzijn • Andere lokale partijen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Ziekenhuis • Huisarts • GGD • Welzijn • Andere lokale partijen
F	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente/GGD 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) • Organisaties en relevante sectoren in de buurt (ook eerstelijns) • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale partijen (ook eerstelijns) • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale partijen (ook eerstelijns) • Bewoners
G	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Zorgverzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Zorgverzekeraar 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Welzijn • Thuiszorg • GGZ • Eerstelijns • Onderwijs • Moskeeën • NISB • Sportverenigingen • Andere lokale partijen
H	<ul style="list-style-type: none"> • Dienst OCW van Gemeente 	?	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • GGD • Stiom • Lokale zorg- en dienstverleners • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • GGD • Stiom • Lokale zorg- en dienstverleners 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • GGD • Stiom • Lokale zorg- en dienstverleners
I	<ul style="list-style-type: none"> • GGD 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente: 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker)

	Opstarten			Uitvoeren	
	Initiatiefnemers	Financiers	Ontwikkelaars	Organisatie	Uitvoerders
	<ul style="list-style-type: none"> • Grotestedenbeleid • Zorgverzekeraar 	<ul style="list-style-type: none"> • Grotestedenbeleid • Zorgverzekeraar 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD (trekker) • Welzijn • Thuiszorg • Ziekenhuis • Huisartsenvereniging • RIAGG • Symfora • SRO • Bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Welzijn • Thuiszorg • Ziekenhuis • Huisartsenvereniging • RIAGG • Symfora • SRO 	<ul style="list-style-type: none"> • Welzijn • Thuiszorg • Ziekenhuis • Huisartsenvereniging • RIAGG • Symfora • SRO • Bewoners
J	<ul style="list-style-type: none"> • NASB • Gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • NASB 	<ul style="list-style-type: none"> • NASB • Gemeente • GGD • Sportservice • Onderwijs • Zorgprofessionals in wijk • Huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> • NASB • Gemeente • GGD • Sportservice • Onderwijs • Zorgprofessionals in wijk • Huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD • Onderwijs • Zorgprofessionals in wijk (diëtist, leefstijlcoach, fysiotherapeut) • Huisartsen
K	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • NJi 	<ul style="list-style-type: none"> • NJi is in Nederland eigenaar van CtC 			
L	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Onderdeel van BOS-projecten, dus indirect gelinkt aan ondersteuningsnetwerk BOS-impuls (NIZW, NIGZ, X-S2 en NISB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Zorgverzekeraar • FC Groningen • BOS-Impuls (VWS) 	<ul style="list-style-type: none"> • BOS-project 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • MJD (welzijn) • GGD • Stichting COP-groep (Centrum ontwikkeling pedagogische activiteiten), Kinderopvang • JGZ • Onderwijs 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • MJD (welzijn) • GGD • Stichting COP-groep (Centrum ontwikkeling pedagogische activiteiten), Kinderopvang • JGZ • Onderwijs
M	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente 	onbekend	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Dienst Wijken • Dienst Sport en Recreatie GGD • Thuiszorg • Welzijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente (dienst Wijken en dienst Sport & Recreatie) • Thuiszorg • Welzijn • GGD-JGZ • GGD-GB • Huisartsen • Ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente(dienst Wijken en dienst Sport & Recreatie) • Thuiszorg • Welzijn • GGD-JGZ • GGD-GB • Huisartsen • Ziekenhuis

	Opstarten			Uitvoeren	
	Initiatiefnemers	Financiers	Ontwikkelaars	Organisatie	Uitvoerders
				<ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuis • Voorscholen • Peuterspeelzaal • Onderwijs 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorscholen • Peuterspeelzaal • Onderwijs
N	<ul style="list-style-type: none"> • NISB • NIGZ • Voedingscentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • NIGZ 	Per pilot andere partijen. Vnl. samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Scholen • Eerstelijnszorg • Sportverenigingen 	Per pilot andere partijen. Vnl. samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Scholen • Eerstelijnszorg • Sportverenigingen 	Per pilot andere partijen. Vnl. samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Scholen • Eerstelijnszorg • Sportverenigingen
O	<ul style="list-style-type: none"> • NIGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • NIGZ (is eigenaar programma) 	<ul style="list-style-type: none"> • NIGZ 	n.v.t.	n.v.t.
P	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Gelre-IJssel • 8 gemeenten in Achterhoek 	Achterhoek	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Gelre-IJssel • 8 gemeenten • Iriszorg (verslaving) • Politie • Justitie • NIGZ/Trimbos 	<ul style="list-style-type: none"> • GGD Gelre-IJssel • 8 gemeenten • Iriszorg • Politie • Justitie • Andere lokale partijen (o.a. onderwijs, sport, jongerenwerk, horeca) 	<i>Per gemeente:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Projectleider • Verschillende gemeentelijk sectoren • Lokale partners op het terrein van: onderwijs, sport, jongerenwerk, horeca • GGD Gelre-IJssel • Iriszorg • Politie • Justitie
Q	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Den Haag • Stiom en GGD 	?	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente Den Haag • Verschillende sectoren gemeente • NIGZ • AMC • GGD • Stiom • Opbouwwerk • Gezondheidsmakelaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsmakelaar • Kernnetwerk per wijk: <ul style="list-style-type: none"> ○ GGD ○ Opbouwwerk ○ Stiom 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeente • Opbouwwerk • Vrijwilligers • Huisartsen • Onderwijs • Bewoners • Andere lokale partijen

Bijlage 4 Overzicht doel, doelgroepen en thema's setting wijk

	Programma	Doel	Doelgroepen	Thema's
A	Uw buurt gezond Heerlen, Kerkrade, Landgraaf	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren van de gezondheid van inwoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners van achterstandswijken 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoofdluis • Beweging • Gezonde voeding • Voorlichting over gebruik van geneesmiddelen • Vrouwenklachten • Veiligheid in en om het huis
B	Samen gezond Zwolle; deelprogramma van Gezond gewicht, gezonde wijk, Zwolle	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor samenhang in de preventieve zorg (preventie-ketenaanpak) • Bereiken van kinderen en jongeren in achterstandsgroepen • Realiseren van interventies/activiteiten om overgewicht tegen te gaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren in de achterstandswijken van Zwolle • Kinderen en jongeren met (dreigend) overgewicht en hun ouders 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Beweging • Opvoedingsondersteuning in relatie tot overgewicht
C	Rivierenwijk beweegt, Deventer	<ul style="list-style-type: none"> • Meer bewegen • Gezondere leefstijl • Terugdringen overgewicht • Grotere integratie allochtonen • Grotere participatie bewoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen, jongeren en volwassenen in achterstandswijk • Speciale aandacht voor jeugd, vrouwen en allochtonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Sociale vaardigheden (jeugd)
D	Gelijke gezondheid, gelijke kansen, Tilburg	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsgerelateerde knelpunten in de wijk positief beïnvloeden • Bevorderen gezonde leefstijl m.b.t. voeding en bewegen • Verbeteren toegang gezondheidszorg en andere voorzieningen (opsporing en verwijzing) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners van achterstandswijken met een concentratie van lage SES 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Beweging • Opvoedingsondersteuning • Alcohol en drugs (voorlichting voor ouders)
E	Hartslag Limburg, Regio Zuid Zuid-Limburg (ZZL)	<ul style="list-style-type: none"> • Preventie van hart- en vaatziekten in ZZL 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehele bevolking in ZZL • Hoogrisicogroepen voor hart- en vaatziekten 	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding • Beweging • Roken

	Programma	Doel	Doelgroepen	Thema's
F	Gezond in de buurt, Eindhoven	<ul style="list-style-type: none"> • Terugdringen gezondheidsachterstand • Ontwikkeling effectief preventief gezondheidsbeleid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners van buurten met gezondheidsachterstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Thema's worden volledig bepaald door zorgprofessionals en bewonersvertegenwoordigers en buurtbewoners
G	Utrecht gezond, Utrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Samenhang tussen eerstelijnsgezondheidszorg, preventie en welzijn (vroegsignalering en verwijzing) • Samenhang tussen het totale aanbod aan leefstijlprogramma's • Stimuleren verantwoordelijkheid nemen voor eigen (ongezonde) gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • In principe de gehele wijk • Risicogroepen (deelprojecten): jongeren, (aanstaande) ouders, mantelzorgers, allochtonen, dak- en thuislozen • Volwassenen met vage klachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Overgewicht • Psychische gezondheid • Schadelijk alcoholgebruik • Drugsgebruik • Overig: kindermishandeling, infectieziektenbestrijding, maatschappelijke opvang, mantelzorg
H	Gezondheidsachterstand moet wijken, Den Haag	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde leefstijl (gedrag) • Gezonde leefsituatie (omgeving) • Versterking kwaliteit eerstelijns ggz 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners van achterstandswijken 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Beweging • Opvoedingsondersteuning • Informatie over zorg- en welzijnsaanbod in de wijk • Verbeteren van toegang tot zorg
I	B.Slim, Amersfoort	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkomen van overgewicht • Vroegtijdig opsporen en ingrijpen bij overgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren (2-19 jr.) en hun ouders 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Beweging
J	Uitwerking van NASB-impuls in Nijmegen	<ul style="list-style-type: none"> • Terugdringen bewegingsarmoede • Terugdringen overgewicht • Verbeteren gezondheidstoestand 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners van aandachtswijken 	<ul style="list-style-type: none"> • Beweging
K	Communities that care Nederland	<ul style="list-style-type: none"> • Terugdringen probleemgedrag en maatschappelijke uitval van jongeren • Structuur aanbrengen in bestaand aanbod 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren (0-18 jr.) met verhoogd risico op probleemgedrag of maatschappelijke uitval 	<ul style="list-style-type: none"> • Probleemgedrag • Maatschappelijke uitval
L	Bslim Groningen	<ul style="list-style-type: none"> • Meer bewegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren, m.n. jongeren 11-19 jr. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Gezonde voeding • Sociale vaardigheden
M	Gezond gewicht Overvecht	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkomen en terugdringen van overgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren (0-19 jr.) in een wijk met veel overgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde Voeding • Beweging

	Programma	Doel	Doelgroepen	Thema's
				<ul style="list-style-type: none"> • Opvoedingsondersteuning in relatie tot overgewicht
N	Overgewicht in de wijk	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen gezonde leefstijl 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren (en hun ouders) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Bewegen
O	WijkSlag	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners van achterstandswijken 	<ul style="list-style-type: none"> • n.v.t.
P	Alcoholmatiging jeugd	<ul style="list-style-type: none"> • Terugdringen alcoholgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> • Jongeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholgebruik
Q	Natuurlijk: gezonde wijken (vervolg op H)	<ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijke preventie en gezondheidszorg, aansluiting bij behoefte 	<ul style="list-style-type: none"> • Lage SES en sociaal-culturele achterstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezond Leven • Gezond op school • Gezond aan het werk • Gezond van geest • Gezond wonen
R	Integrale aanpak depressiepreventie	<ul style="list-style-type: none"> • Preventie van depressie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressie
Extra gevonden programma's*				
S	Gezond en wel Arnhem		<ul style="list-style-type: none"> • Lage SES 	<ul style="list-style-type: none"> • Omgaan met stress • Veiligheid in de buurt • Opvoeden en opgroeien
T	Gezond ouder worden, Zutphen		<ul style="list-style-type: none"> • Ouderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentale gezondheid • Verbeteren sociale netwerk
U	Wijk aan zet, Den Haag	<ul style="list-style-type: none"> • Preventie van depressie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressie

* Deze programma's zijn gevonden na afloop van de inventarisatie. Ze zijn wel meegenomen bij de beschrijving van thema's en doelgroepen, maar niet bij de beschrijving van andere kenmerken (met name vanwege tijdgebrek).

Bijlage 5 Overzicht doel, doelgroepen en thema's setting werk

Programma	Doel	Doelgroepen	Thema's
Meer winst met bewegen	<p><i>Gezondheidsdoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimuleren gezonde leefstijl • Veilige en gezonde werkomgeving • Verbeteren werksfeer • Stimuleren motivatie en betrokkenheid van werknemers • Stimuleren van bewegen in bedrijven <p><i>Organisatiedoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduceren ziekteverzuim en uitval • Groter werkvermogen • Hogere kwaliteit producten en diensten • Verbeteren concurrentiepositie • Minder kosten voor werving en selectie door positiever en aantrekkelijker bedrijfsimago 	<ul style="list-style-type: none"> • Werknemers • Werkgevers als intermediaire doelgroep 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Afhankelijk van wensen werkgever
Bewegen op het werk	<p><i>Gezondheidsdoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder overgewicht • Minder klachten aan bewegingsapparaat • Minder psychische klachten/burnout <p><i>Organisatiedoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduceren ziekteverzuim • Betere werksfeer/meer tevreden personeel • Positief imago van de organisatie 	Werknemers	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Voeding • Roken • Alcohol • Psychische gezondheid (werkstress)
Golden Standard	<p><i>Gezondheidsdoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen gezonde leefstijl • Bestrijden van chronische aandoeningen <p><i>Organisatiedoel</i></p>	Werknemers	<ul style="list-style-type: none"> • Fysieke gezondheid • Psychische gezondheid (o.a. werkstress) <p><i>Optionele thema's</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegen

	<ul style="list-style-type: none"> • Verhogen duurzame inzetbaarheid en productiviteit medewerkers 		<ul style="list-style-type: none"> • Voeding
VitaalBedrijfPlan	<p><i>Gezondheidsdoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen gezonde leefstijl • Verhogen werkplezier <p><i>Organisatiedoel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduceren ziekteverzuim 	Werknemers	<ul style="list-style-type: none"> • Voeding • Bewegen • Alcohol • Roken • Psychische gezondheid (werkstress)
BRAVO Kompas	<p><i>Gezondheidsdoel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen gezonde leefstijl <p><i>Organisatiedoelen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Werknemers winnen, binden & boeien • Voorkomen en reduceren ziekteverzuim • Hogere productiviteit 	Werknemers, met werkgevers als intermediaire doelgroep.	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Roken • Alcohol • Voeding • Psychische gezondheid (werkstress)
Vitaliteitscentrum	<p><i>Gezondheidsdoel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen gezonde leefstijl <p><i>Organisatiedoel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorkomen en reduceren ziekteverzuim 	Werknemers	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegen • Voeding • Roken • Psychische gezondheid (ontspanning, werkstress)

Bijlage 6 Aanvulling: andere programma's en instrumenten setting werk

Programma's

- *De vitale werknemer.* Dit is een pilotproject van NISB en zeven werkgevers (gemeente Zutphen, gemeente Hardenberg, ministerie van Financiën (Den Haag), Provincie Drenthe (Assen), UMCG Ambulancezorg (Tynaarlo), Xerox Nederland (Breukelen) en Zorgcoördinatie Noorderboog (Meppel)). Zie brochure: http://www.nisb.nl/dossiers/gezondheidsmanagement/13.-n03_083707_broch_vitale_medewerker_3.pdf.
- *Pon Fit:* www.ponfit.nl. Gezondheidsbevorderingsprogramma dat het bedrijf Pon Holdings (Nijkerk) aanbiedt aan werknemers om een gezonde leefstijl te bevorderen. Het programma bestaat onder andere uit hardlooptrainingen, zaalvoetbal, mountainbiken met collega's, fysiotherapie en voedingsadviezen. Doel is het terugdringen van de zorgconsumptie (dus niet gericht op terugdringen ziekteverzuim). Het programma gebeurt in samenwerking met zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea.
- *Vitaal in Praktijk:* www.vitaalpraktijk.nl. Vitaal in Praktijk (VIP) is een project dat de vitaliteit van bedrijven en hun medewerkers bevordert. Het VIP-project heeft tot doel die kennis te genereren en effectieve vitaliteitprogramma's te ontwikkelen. Dit project wordt uitgevoerd door Body@Work (zie: relevante organisaties).
- *Workhealth-project:* http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/memberdocs/564_WORKHEALTH_factsheet_NL.pdf. Het WORKHEALTH-project heeft een set indicatoren ontwikkeld die aangeven welke uitwerking werk heeft op de volksgezondheid en die de implementatie van werkgerelateerde gezondheidsmonitoring op Europees niveau moeten vergemakkelijken. Experts uit 14 Europese landen namen deel aan de projectgroep. Een en ander werd gecoördineerd door de BKK Bundesverband, Duitsland. Het verslag en aanvullende informatie zijn verkrijgbaar via WORKHEALTH@bkk-bv.de en www.enwhp.org (zoekterm: WORKHEALTH). Het project werd gesteund door de Europese Commissie (2002-2004).

Instrumenten

- *Arbocatalogus* (TNO: www.arbocatalogus.net). De arbocatalogus is een instrument dat bedrijven of branches ondersteunt bij het voldoen aan de Arbowetgeving. Het bedrijf kan zelf de middelen, methoden en instrumenten hiervoor kiezen. In de toekomst wil de arbeidsinspectie de arbocatalogus gebruiken als norm voor handhaving en voor inspectieprojecten binnen de sector.
- *Arbocuratieve Ideeënkoffer* (ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/arbeiden-gezondheid/arbocuratieve-ideeenkoffer/achtergrond/>). Deze ideeënkoffer bevat ervaringen, producten en halffabricaten die afkomstig zijn uit de diverse projecten van het ZonMw-programma Arbeid en Gezondheid. De ideeënkoffer is gericht op de zorg voor werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen.
- *Arboportaal:* www.arboportaal.nl. Dit is een website van het ministerie van Sociale Zaken en Welzijn. De site geeft informatie over alles wat moet, kan en mag op het gebied van arboregelgeving. De website is bedoeld voor alle ondernemingen die werknemers in dienst hebben.
- *Dossier Gezondheidsmanagement* (NISB: <http://www.nisb.nl/kennisplein/dossiers/gezondheidsmanagement.html>). Het doel van het dossier Gezondheidsmanagement is om de (Arbo-/HRM-)professional van bedrijven te informeren en te motiveren om aan de slag te gaan met gezondheidsmanagement op het werk. Er wordt feitelijke informatie gegeven over de gezondheid van Nederlandse werknemers, maar daarnaast ook argumenten en advies om tot actie over te gaan. Ook worden de nodige tools en handreikingen aangeleverd in de vorm van artikelen, downloads en links.
- *Psychisch en werk:* <http://www.psychischnwerk.nl/pw/>. Deze website ondersteunt (arbo)professionals op het gebied van psychische gezondheid onder andere door het verspreiden van kennis. De website bevat informatie, tools en checklists, en informatie over richtlijnen. Psychisch en werk is een initiatief van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid.

- *Werk en psychische klachten (NIP/LVE)*: www.werkenpsychischeklachten.nl. De toolbox biedt informatie over werk en psychische klachten. Ter ondersteuning van het werkgericht behandelen en begeleiden van cliënten. Geeft onder andere een overzicht van instrumenten, scholingsmogelijkheden en een link naar de richtlijn Werk en Psychische klachten.

Bijlage 7 Lijst met gebruikte afkortingen

ABVAKABO FNV	Vakbond in de publieke sector
AEDES	Branchevereniging van woningcorporaties in Nederland
AKB	Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat
AKC	Arbeidsdeskundig Kennis Centrum
AMC	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
A&O Fonds	Stichting Arbeidsmarkt en Opleidingsfonds
BMI	Body Mass Index
BOS	Buurt-Onderwijs-Sport
BRAVO	Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
CMHF	Centrale van Middelbare en Hogere Functionarissen (koepelorganisatie)
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond, verzameling van 11 vakbonden
COP-groep	Centrum voor Ontwikkeling Pedagogische activiteiten
CROW	Nationaal kennisplatform voor infrastructuur, verkeer, vervoer en openbare ruimte
CtC	Communities that Care
EMGO	Instituut voor Gezondheid en Zorg Onderzoek
GB	Gezondheidsbevordering
GBI	Gezondheidsbevorderend Instituut
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSB	Grotestedenbeleid
HRM	Human Resources Management
I-database	Interventiedatabase
IGM	Integraal Gezondheids Management
iHMQ	institute for Health Management and Quality
JGZ	Jeugd Gezondheids Zorg
KAM	Kwaliteit, Arbo en Milieu
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LENS	Leefbaarheidsanalyse Nieuwe Stijl
LPB	Platform voor Wijkgericht Werken
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LNV	Ministerie van Landbouw en Visserij
MCC Klik	Stichting Medisch Coördinatie Centrum Klik
MJD	Stichting Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NcvB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
Nicis Institute	Maatschappelijk Top Instituut voor de steden
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheid en Zorg
NISB	Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NKAL	Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
OCA	Dienstverlenende instelling voor behandeling van klachten aan bewegingsapparaat en chronische aandoeningen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OPOZ	Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle
PAGO	Periodiek Arbeidsgezondheidkundig Onderzoek
PMO	Preventief Medisch Onderzoek
PZO	RIVM Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek
Refka	Referentiekader
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROI	Return On Investment, een bedrijfsbewegingsprogramma
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur

SES	Sociaaleconomische status
Soa	Seksueel overdraagbare aandoeningen
SRO	Sport, Recreatie en Ontspanning
Stiom	Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Onafhankelijke onderzoeksorganisatie voor bedrijfsleven en overheid
UvA	Universiteit van Amsterdam
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIP	Vitaal In Praktijk
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
Vumc	Vrije Universiteit Medisch Centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVP	Wet Verbetering Poortwachter
WWI	Ministerie van Werk, Wijk en Inkomen
ZonMw	Nederlandse Organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.loketgezondleven.nl