



# Nederlands Congres Volksgezondheid 2014

## Perspectieven op de volksgezondheid



10 & 11 april 2014  
De Doelen Rotterdam

Het NCVGZ 2014  
is een initiatief van:



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

NVAG

TNO



Trimbos  
Instituut  
Nederlands Instituut of  
Mental Health and Addiction



# Algemene informatie

## Algemene informatie Nederlands Congres Volksgezondheid (NCVGZ) 2014

Het NCVGZ 2014 wordt georganiseerd door de Stichting Nederlands Congres Volksgezondheid, waarin participeren: RIVM, NPHF, ZonMw, NSPOH, V&W, PGV Nederland, KAMG, Ministerie van VWS, NVAG, TNO en Trimbos Instituut.

### UITNODIGING

*Perspectieven op de volksgezondheid. Hoe ontwikkelt zich de volksgezondheid in Nederland? Waar staan we over pakweg 10 of 20 jaar? Wilt u er alles over weten, inspiratie op doen en uitgebreid netwerken? Kom dan naar het 12<sup>e</sup> Nederlands Congres Volksgezondheid op 10 en 11 april 2014 in Rotterdam.*

### RIVM PRESENTEERT: PERSPECTIEVEN OP DE VOLKSGEZONDHEID

In juni dit jaar verschijnt de VTV; een overzicht van de omvang van ziekte en gezondheid, preventie, de gezondheidszorg en beleid. De VTV geeft antwoord op veel vragen. Hoe staat het met de levensverwachting in Nederland? Welke ziekten komen veel voor? En welke zullen dat in de toekomst zijn? Hoe gezond leven Nederlanders? Welke kansen zijn er om de volksgezondheid te verbeteren? Hoe ontwikkelen de zorgkosten zich? Hoe verhoudt de Nederlandse volksgezondheid zich tot die van andere EU-landen?

Tijdens het congres kijken we vanuit diverse perspectieven naar de volksgezondheid. Ieder perspectief vertegenwoordigt een eigen beeld van de belangrijkste doelstellingen voor de toekomst. Het gaat niet alleen om het verbeteren van de gezondheid, ook om participatie, autonomie en de kosten van onze inspanningen.

Op **donderdag 10 april** staan de VTV perspectieven centraal. Acht experts -waaronder Rudi Westendorp (ouderen), Jaap Seidell (overgewicht), Jan Walburg (psychische gezondheid) en Greetje Timmerman (jeugd) - geven vanuit hun vakgebied aan wat ons te wachten staat. Vervolgens vinden er workshops plaats waarin u met hen én uw collega's de VTV-toekomstscenario's met betrekking tot deze thema's verder zult uitdiepen. De dag

wordt afgesloten met de Wilhelmina Rouwenhorst Lezing, dit jaar verzorgd door Jantine Kriens (VNG).

**Vrijdag 11 april** staat het ochtendprogramma in het teken van de praktijk en de samenwerkingen tussen partijen op lokaal niveau. Dit aan de hand van het Nationaal Programma Preventie (NPP), getiteld 'Alles is gezondheid...'. De vier NPP-domeinen (werk, school, zorg en wijk) worden door stakeholders nader belicht en u gaat hiermee vervolgens zelf aan de slag. De tweede congresdag wordt afgesloten met een presentatie van Kim Putter (directeur Sociaal Cultureel Planbureau).

### PARALLELSESSIES

Uit de vele ingezonden abstracts zijn ook dit jaar weer elke dag twee inspirerende rondes met verzamelde presentaties en workshops/symposia samengesteld.

### POLITIEK CAFÉ : MEER PREVENTIE IN DE POLITIEK?!

Hoe komt het toch: gezondheid is het belangrijkste goed voor veel mensen, terwijl tegelijk preventie nauwelijks politieke stellingname krijgt? En hoe kan dat beter? Door de wol geveerde politici, journalisten en lobbyisten gaan hierover onder leiding van Johan Melse in gesprek met elkaar en de zaal. Sprekers zijn onder andere Pia Dijkstra (lid van de Tweede Kamer namens D66), Margriet de Jager (wethouder Deventer voor Deventer Belang) en Rinke van den Brink (redacteur Gezondheidszorg bij de NOS). De discussie en de bar zijn geopend!

### DATUM / PLAATS

Donderdag 10 en vrijdag 11 april 2014 in de Doelen te Rotterdam.

### DEELNAMEKOSTEN / BETALING

Deelname aan het congres kost € 400,- voor twee dagen en € 200,- voor één dag. Studenten krijgen 50% korting (op vertoon van de collegekaart).

### DOELGROEP

Het congres is bedoeld voor beleidsmedewerkers, bestuurders, onderzoekers, uitvoerders, zorgverzekeraars en alle anderen die werkzaam zijn op of interesse

hebben in het brede werkkterrein van de Volksgezondheid (Public & Occupational Health/ Openbare Gezondheidszorg).

### ACCREDITATIE

Accreditatie is aangevraagd bij:

- het ABSG
- V&VN kwaliteitsregister verpleegkundigen & verzorgenden
- KNOV

Naar verwachting zal deelname aan het gehele congres (2 dagen) 8-10 registratiepunten opleveren. Voor de laatste informatie verwijzen wij u naar [www.ncvgz.nl](http://www.ncvgz.nl).

### INFORMATIE EN ORGANISATIE

Voor praktische informatie kunt u contact opnemen met:  
deCongresbalie - Anke Peters  
Bredaseweg 108a, 4902 NS Oosterhout  
E [info@decongresbalie.nl](mailto:info@decongresbalie.nl)  
T 0162 – 432 428  
W [www.decongresbalie.nl](http://www.decongresbalie.nl)

Voor overige informatie:  
NPHF Federatie voor gezondheid  
p/a NIVEL  
Postbus 156, 3500 BN Utrecht  
E [info@ncvgz.nl](mailto:info@ncvgz.nl)  
T 030-2729851  
W [www.ncvgz.nl](http://www.ncvgz.nl)

---

**SAMENSTELLING MANAGEMENT TEAM**

H. Baaijens, NPHF  
Dr. F. den Hertog, RIVM  
Dr. ir. N. Hoeymans, RIVM  
A. Peters, deCongresbalie  
M. Ruijgrok, PGV Nederland  
Drs. N. van der Velden, iResearch

---

**SAMENSTELLING STUURGROEP**

Prof. dr. N. de Vries, Universiteit  
Maastricht (voorzitter)  
H. Baaijens, NPHF  
Dr. M. van den Berg, V&W  
Dr. B.J.F. Boon, Trimbos Instituut  
Drs. J. Bouwens, ZonMw  
Dr. S.B. Detmar, TNO Kwaliteit van Leven  
Drs. I. Douwes, NSPOH  
Drs. L. van der Heijden, Ministerie VWS  
Dr. F. den Hertog, RIVM  
Dr. Ir. N. Hoeymans, RIVM  
Dr. J. Keijsers, TNO  
A. Koornstra, PGV Nederland  
Dr. Ir. A.J.M. van Loon, RIVM  
G. Nijhof, NVAG  
S. Picavet, RIVM  
Dr. C.G. Schoemaker, RIVM  
KAMG

---

**SAMENSTELLING ABSTRACTCOMMISSIE**

Drs. N. van der Velden, iResearch  
Dr. J. Bruil, ZonMw  
Dr. D. van Dale, RIVM  
A. Eyck MA Msc, ZonMw  
Y. Gecer, Tactus  
Dr. J. Harting, AMC/UvA  
Dr. Ir. A. Haveman-Nies, Wageningen  
University  
Dr. P. Kocken, TNO Kwaliteit van Leven  
Dr. F. van der Lucht, RIVM  
Prof. dr. D. van de Mheen, V&W en IVO  
Dr. A. van der Poel, Trimbos-instituut  
Dr. ir. A. Wagemakers, Wageningen  
University

# Programma

---

## PROGRAMMA DONDERDAG 10 APRIL 2014

- 09.30 – 09.45 *Opening door Codarts*  
Prof. dr. Nanne de Vries - voorzitter Nederlands Congres Volksgezondheid en dagvoorzitter
- 09.45 – 09.55 *Inleiding NCVGZ 2014*  
Prof. dr. André van der Zande - Directeur Generaal RIVM
- 09.55 – 10.15 *Presentatie van de vier VTV-perspectieven*  
Dr. Nancy Hoeymans - projectleider VTV 2014
- 10.15 – 10.30 *Wat zijn de public health uitdagingen?* Experts 'pitchen' vanuit hun eigen vakgebied:
- Ouderen (prof. dr. Rudi Westendorp - LUMC Leiden)
  - Jeugd (prof. dr. Greetje Timmerman - RU Groningen)
  - Convertering technologies (Maarten den Braber - Quantified Health)
  - Overgewicht (prof. dr. Jaap Seidell - VU Amsterdam)
  - Psychische gezondheid (prof. dr. Jan Walburg - Universiteit Twente)
  - One health, gezondheid van mens, dier en milieu (dr. Joke van der Giessen - RIVM Bilthoven)
  - Zorgkosten (dr. Patrick Jeurissen - Radboud Universiteit Nijmegen)
  - Arbeidsparticipatie (prof. dr. Lex Burdorf - Erasmus Universiteit Rotterdam)
- 10.30 – 11.00 Pauze
- 11.00 – 12.15 *Meet the experts*  
Kies één van de acht bovengenoemde experts en onderzoek samen het thema vanuit een VTV-perspectief.
- 12.15 – 13.15 Lunchpauze inclusief toelichting op de posters van 12.45 – 13.15
- 13.15 – 14.15 1e ronde deelsessies (verzamelde presentaties)
- 14.30 – 15.45 2e ronde deelsessies (symposia en workshops)
- 15.45 – 16.15 Pauze
- 16.15 – 16.30 *Uitreiking V & W gezondheidsprijs 2013* - Prof. dr. Ien van de Goor
- 16.30 – 17.10 *Wilhelmina Rouwenhorst Lezing 'Kan het morgen beter?':* Jantine Kriens - directievoorzitter VNG
- 17.10 – 17.15 *Afsluiting eerste congresdag* - Prof. dr. Nanne de Vries
- 17.15 – 18.00 Netwerkborrel
- 17.30 – 18.45 Politiek Café
- 19.00 – 23.30 Feestelijke netwerkvond

---

## PROGRAMMA VRIJDAG 11 APRIL 2014

- 09.30 – 09.40 *Welkom en opening*  
Prof. dr. Henk Garretsen - Tilburg University (dagvoorzitter)
- 09.40 – 10.00 *Presentatie Nationaal Programma Preventie 'Alles is gezondheid...'*  
Lejo van der Heiden - programmaleider NPP - Ministerie van VWS
- 10.00 – 10.30 *De vier domeinen van het NPP nader belicht: Werk, School, Zorg en Wijk*
- 10.30 – 11.45 *'Kruip in de huid van...'*  
In acht groepen wordt u stakeholder en pakt u samen met anderen een concreet probleem aan.
- 11.45 – 12.15 Pauze
- 12.15 – 13.15 3<sup>e</sup> ronde deelsessies (verzamelde presentaties)
- 13.15 – 14.15 Lunchpauze inclusief toelichting op posters van 13.45 – 14.15
- 14.15 – 15.30 4<sup>e</sup> ronde deelsessies (symposia en workshops)
- 15.30 – 16.00 Pauze
- 16.00 – 16.10 *Uitreiking ZonMw Parel*
- 16.10 – 16.50 *De participatiesamenleving: retoriek of realiteit?*  
Kim Putters – hoogleraar Beleid en Sturing van de Zorg (EUR) en directeur SCP
- 16.50 – 17.00 *Een vooruitblik op het NCVGZ 2015* - Prof. dr. Nanne de Vries
- 17.00 – 17.10 *Afsluiting NCVGZ 2014*
- 17.10 – 18.00 Netwerkborrel

# Deelsessies

Onderstaand volgen alleen de titels van de verschillende deelsessies;  
de abstracts hiervan zijn te downloaden van de congreswebsite: [www.ncvgz.nl](http://www.ncvgz.nl) en van de site van TSG  
([www.tsg.bsl.nl](http://www.tsg.bsl.nl), tabblad overzicht)

## donderdag 10 april

*Poster presentaties zijn de hele dag te bekijken.*

*Tijdens de lunchpauze zijn de auteurs tussen 12.45 - 13.15 aanwezig bij hun poster voor een toelichting.*

### 1<sup>e</sup> Ronde, tijd: 13.15 – 14.15

#### Verzamelde presentaties

- 
- 1 VERSTERKEN VAN DE MENTALE GEZONDHEID

---

  - 2 HOE HOUDEN WE ZORGCOSTEN IN DE HAND?

---

  - 3 GEZOND OPGROEIEN IN DE 21<sup>e</sup> EEUW

---

  - 4 VITALITEIT EN PARTICIPATIE

---

  - 5 LEEFSTIJLBEVORDERING BIJ JONGEREN

- 
- 6 GEZOND OUDER WORDEN

---

  - 7 GEZONDHEIDSBEVORDERING BIJ SOCIAAL KWETSBARE GROEPEN

---

  - 8 GEZONDE START

---

  - 9 VAN ALLE LEUKE DINGEN WAT

---

  - 10 GEZONDHEID IN DE ACTUALITEIT

### 2<sup>e</sup> Ronde, tijd: 14.30 – 15.45

#### Symposia

- 
- 11 ARBEIDSPARTICIPATIE VAN MENSEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE EN/OF LICHAAMELIJKE BEPERKING

---

  - 12 PRAKTIJKERVARINGEN MET GEBIEDSGERICHT WERKEN IN DE G4

---

  - 13 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIES IN DE EERSTE LIJN: LEERPUNTEN

---

  - 14 VAN DATA NAAR KENNIS VOOR REGIONAAL BELEID

---

  - 15 NOODZAAK VAN EEN VERANDERENDE WERKWIJZE VOOR ONDERZOEKERS BINNEN DE 3 TRANSITIES

---

  - 16 EEN OMGEVING DIE UITNODIGT TOT EEN GEZONDE LEEFSTIJL; BESTAAT DIE?

#### Workshops

- 
- 17 BEELDEND WERKEN AAN EEN GEZONDE TOEKOMST: DE SHOW TALK ACT (STA) METHODIEK

---

  - 18 POSITIEVE GEZONDHEID

---

  - 19 'GOEDEMORGEN TOEKOMST', GEZONDHEID MIDDELS CULTUUR GEAGENDEERD

---

  - 20 VAN ATLAS EN KOMPAS NAAR VOLKSGEZONDHEIDENZORG.INFO

---

  - 21 VOLKSGEZONDHEID IN EEN MONDIALE SAMENLEVING

---

  - 22 DE INTEGRATIE VAN PREVENTIE EN CURATIE; DE PUBLIC HEALTH SPREEKT ZICH UIT

---

  - 23 NATUUR BENUTTEN VOOR GEZONDHEID

---

  - 24 BELANG VAN HIV-TESTEN, DREMPELS EN HOE DEZE TE SLECHTEN?

## Vrijdag 11 april

Tijdens de lunchpauze zijn de auteurs tussen 12.45 - 13.15 aanwezig bij hun poster voor een toelichting.

### 3e Ronde, tijd: 12.15 – 13.15

#### Verzamelde presentaties

---

25 INTERSECTORALE SAMENWERKING

---

26 HOE ZORG EN PREVENTIE VERBINDEN

---

27 BEVORDEREN VAN DE SEKSUELE GEZONDHEID

---

28 OPKOMEN VOOR SOCIAAL KWETSBARE GROEPEN

---

29 PARTICIPATIE EN GEZONDHEID

---

30 INTEGRAAL GEZONDHEIDSBELEID

---

31 METEN EN WETEN, NU EN IN DE TOEKOMST

---

32 INVULLING GEVEN AAN GEMEENTELIJK (JEUGD)GEZONDHEIDS-  
BELEID

---

33 PUBLIEKE GEZONDHEID EN BELEID

### 4e Ronde, tijd: 14.15 – 15.30

#### Symposia

---

34 BURGERS ALS MIDDEL OF ALS DOEL? PARTICIPATIE IN DE  
PRAKTIJK

---

35 BEVORDEREN VAN DE GEZONDHEID MET ONLINE COMPUTER-  
TAILORING

---

36 JONGEREN BETREKKEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN EFFECTIEVE  
SOCIALE MEDIA VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING

---

37 PRINCIPES VAN ECONOMISCHE EVALUATIE IN DE PUBLIEKE  
GEZONDHEID EN HET RISICO OP BIAS

---

38 LEVERT INVESTEREN IN DE LEEFBAARHEID VAN DE WIJK GEZOND-  
HEIDSWINST OP (URBAN40 ONDERZOEK)

---

39 BOUWSTENEN VOOR EEN TOEKOMSTGERICHTE BEROEPEN- EN  
OPLEIDINGSSTRUCTUUR VOOR DE ZORG

#### Workshops

---

40 VERLEIDEN VAN GEZONDHEIDSPROFESSIONALS TOT INZET VAN  
NATUUR VOOR GEZONDHEID

---

41 DE OMSLAG: GEZONDHEID IN 3D. OVER DE VERBINDING VAN  
GEZONDHEID MET DECENTRALISATIES

---

42 OUDERBETROKKENHEID; BELANGRIJK IN LEEFSTIJLPROGRAM-  
MA'S. HOE DOE JE DAT?

---

43 UIT DE CRISIS: ACTIEPLANNEN VOOR DEPRESSIEPREVENTIE

---

44 GEZAMENLIJK DOEL, VERSCHILLENDE BELANGEN BIJ INTERVEN-  
TIEPROGRAMMA'S

---

45 BEZUINIGINGEN, TRANSITIES, VERANDERENDE PERSPECTIEVEN;  
DE ROL VAN EVIDENCE

---

46 KIEZEN VOOR EEN DUURZAAM TOEKOMSTBESTENDIG ZORG-  
PERSONEELSBELEID KAN!

---

47 PUBERPREVENTIEPITCH; UITVOERING VAN HET JGZ CONTACT-  
MOMENT ADOLESCENTEN IN DE REGIO

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Sessie 1: Verzamelde presentaties: Versterken van de mentale gezondheid

### Een zwakke Sense of Coherence is geassocieerd met een hoger sterfterisico

S. Super<sup>1</sup>, M.A.E. Wagemakers<sup>1</sup>, H.S.J. Picavet<sup>2</sup>, W.M.M. Verschuuren<sup>2</sup>, E.M. Zantinge<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wageningen University, Wageningen

<sup>2</sup>RIVM, Bilthoven

**Achtergrond en doelstelling.** Salutogenese is een benadering die kijkt naar datgene wat mensen gezond maakt en houdt in plaats van alleen naar risicofactoren te kijken. Een belangrijk concept binnen de salutogenese is 'Sense of Coherence' (SOC): de mate waarin iemand mogelijkheden ervaart problemen en stressvolle gebeurtenissen te hanteren. Onderzoek toont aan dat een sterke SOC is geassocieerd met een betere ervaren fysieke en mentale gezondheid, en een gezondere leefstijl. De relatie met ziekte en mortaliteit is echter minder eenduidig. Het doel van deze studie is de associatie tussen SOC en mortaliteit te bestuderen in de Nederlandse populatie.

**Aanpak/methode.** Tussen 1996 en 1998 is de 3-item SOC-schaal ingevuld, als onderdeel van een schriftelijke vragenlijst, door 12.024 volwassenen tussen de 20-65 jaar. De deelnemers zijn verdeeld in drie groepen met een zwakke (21.1%), een gemiddelde (60.3%) en een sterke (18.6%) SOC. De vitale status van deze deelnemers is bekend tot november 2011. In de follow-up van 13,5 jaar zijn 603 sterfgevallen geregistreerd (5%). De sterfte risico's van de drie groepen zijn vergeleken met een Cox regressie analyse waarbij een gemiddelde SOC de referentiegroep was. De sterfterisico's zijn gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, sociaal-economische status en indicatoren van leefstijl en gezondheidsstatus.

**Resultaten/opbrengsten.** Een zwakke SOC, gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd, was geassocieerd met een significant hoger sterfterisico (40%). Na correctie voor sociaal-economische status en de indicatoren van leefstijl en gezondheidsstatus, bleef het sterfterisico significant hoger voor mensen met een zwakke SOC (27%), vergeleken met een gemiddelde SOC. Mensen met een sterke SOC verschilden niet in sterfterisico van mensen met een gemiddelde SOC.

**Conclusies en aanbevelingen.** Een zwakke SOC is geassocieerd met een hoger sterfte risico. Interventies die zich richten op het versterken van SOC kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan de gezondheid van de deelnemers.

### Groeten uit een Ontspannen krachtwijk in Utrecht, 4 campagnes op wijkniveau. Positieve psychologie in uitvoering.

A.H.A. van den Broek<sup>1</sup>, M.H. Borst<sup>2</sup>, J. Gootzen<sup>1</sup>, A. Hofmeijer<sup>1</sup>, S. van Iersel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GG&GD Utrecht, Utrecht

<sup>2</sup>Gemeente Utrecht Volksgezondheid, Utrecht

**Achtergrond, doelstelling.** Angst, depressie, stress, en hoog risico op stemmingsproblematiek komen in de krachtwijken in Utrecht 1,5 tot 2,5 maal zoveel tov Utrecht gemiddeld. Ook is er verhoogd medicatiegebruik en bereikt bestaand GGZ-preventie

niet de juiste bewoners. Een netwerk van partners in Overvecht koos voor een gezamenlijke campagne met focus op psychosociale gezondheid. Drie andere wijken volgden.

Doelstellingen zijn:

- bewustwording van de psychische kant van gezondheid en de eigen mogelijkheden om deze te beïnvloeden;
- groter bereik van preventief aanbod;
- een breder netwerk verwijst

Uitgangspunt: positieve psychologie, versterken van eigen kracht.

**Aanpak.** In elke wijk startten we met een verkenning en een brede, open, inspirerende bijeenkomst. Op basis van de wensen vanuit het netwerk en de doelgroepen werd ingezet op twee sporen: (1) professionals en actieve bewoners toerusten met passende media, middelen en nieuwe tools, (2) een campagne 'Ontspannen' voor bewoners met lage SES.

**Resultaten.** In vier wijken werden tot nu toe 1000 tot 1500 bewoners per wijk bereikt via gesprekken, bijeenkomsten, trainingen. Een breed netwerk van partners in zorg, welzijn, sport en actieve bewoners verbond zich aan de campagne. Er kwam nieuwe energie in de samenwerking, er ontstonden nieuwe verbanden en inspiratie voor vervolg. Diverse tools en interventies werden ontwikkeld en uitgevoerd.

**Conclusies.** Per wijk is de situatie verschillend en kent de campagne zijn eigen accenten, successen en vervolgcities. Om een campagne te laten slagen is niet alleen aandacht van bewoners maar ook enthousiasme van hulpverleners nodig. Er zijn lessen geleerd hoe dit te bereiken.

In deze presentatie leiden we deelnemers langs onze ervaringen met campagnes op wijkniveau en geven inspirerende voorbeelden. We dagen hen uit aan de slag te gaan met positieve psychologie in de eigen werkpraktijk.

In een vervolgpresentatie 'community interventies positieve psychologie' worden drie interventies uitgediept.

### Drie community interventies vanuit positieve psychologie, gebruikt in Utrechtse krachtwijken.

A.H.A. van den Broek<sup>1</sup>, M.H. Borst<sup>2</sup>, J. Gootzen<sup>1</sup>, A. Hofmeijer<sup>1</sup>, S. van Iersel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GG&GD Utrecht, Utrecht

<sup>2</sup>Gemeente Utrecht Volksgezondheid, Utrecht

N.a.v. eerdere publiekscampagnes zijn een aantal interventies ontwikkeld om psychosociale gezondheid van laagopgeleide mensen te bevorderen.

**Achtergrond, doelstelling.** Wijkcampagnes 'Ontspannen' lopen sinds 2011 in Utrecht, georganiseerd vanuit Gezonde Wijken Aanpak in Utrecht, in een netwerk van partners (zie workshop 'Groeten uit een ontspannen krachtwijk in Utrecht'). Het doel is om met positieve toon, laagdrempelig te werken aan psychosociale problematiek in de krachtwijken. Als vervolg op de campagnes zijn een aantal interventies ontwikkeld. Drie hiervan lichten we toe in deze presentatie.

Doel: lage ses mensen in krachtwijken ervaren meer regie t.a.v. psychosociale gezondheid.

Onderdelen: vergroten copingsvaardigheden t.a.v. stress en vergroten levensvaardigheden die bijdragen aan geluk en daarmee aan gezondheid.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

Uitgangspunt: positieve psychologie, versterken van eigen kracht.

*Aanpak.* De interventies zijn

- Mini-cursus 'Ontspannen' (onderdelen: positief denken, ontspanningsoefeningen & assertiviteit)
- Lessen in geluk - Succesvol lespakket voor VMBO-3 scholieren, doorontwikkeld voor laag opgeleide volwassenen. Kern: inzicht krijgen in persoonlijk 'maakbaar' levensgeluk, vertrouwen op eigen kracht.
- Verhalen over eigen kracht: Wat vertellen mensen jou als je 'gewoon' met ze in gesprek gaat over ontspanning?

*Resultaten.* Tijdens het congres presenteren we de eerste resultaten en conclusies van de pilot-interventies in de vier krachtwijken.

*Conclusies.* Psychosociale gezondheid van bewoners in krachtwijken is minder goed. Eerdere publiekscampagnes hebben bij professionals en bewoners draagvlak gecreëerd voor dit thema. Ook is meer duidelijk geworden waar behoeftes liggen en wat werkzame bestanddelen/ingrediënten zijn voor lage SES doelgroep. Als vervolg zijn een drietal interventies op het vlak van ontspanning en geluk / zingeving ontwikkeld.

Tot nu toe zien we als werkzame elementen: kortdurend aanbod dichtbij georganiseerd, minimale kosten, positieve toon, versterken wat er al is, aansluiten door te luisteren.

## Sessie 2: Verzamelde presentaties: Hoe houden we zorgkosten in de hand?

### Een gedifferentieerd abonnementssysteem in de huisartsenzorg: de relatie tussen patiëntkenmerken, contacten en kosten

*M. Olthof, F. Groenhof, M.Y. Berger  
UMCG, Groningen*

*Achtergrond.* De Nederlandse huisartsenzorg wordt gefinancierd middels een vast abonnementstarief en een verrichtingstarief. Vanuit het ministerie wordt geopperd om vergoeding van verrichtingen af te schaffen en te komen tot één integraal abonnementstarief per patiënt. Voor de haalbaarheid van dit systeem moet er op basis van patiëntkenmerken een reële inschatting van de zorgkosten gemaakt kunnen worden.

*Vraagstelling.* Wat zijn voorspellende patiëntkenmerken van het aantal contacten en de kosten in de huisartsenzorg?

*Methoden.* Van 29.304 patiënten uit het Registratie Netwerk Groningen (RNG) is bepaald hoeveel en welke declarabele contacten zij met de huisartsenpraktijk hebben gehad gedurende 2011, welke tarieven daaraan verbonden zijn en welke comorbiditeit zij hebben.

*Resultaten.* Voorspellers voor het aantal contacten met de huisartsenpraktijk zijn het vrouwelijke geslacht, oudere leeftijd,  $\geq 1$  comorbiditeit, en de aanwezigheid van astma/COPD, Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten, diabetes en ernstige rugklachten. Voorspellers voor hogere kosten zijn het vrouwelijke geslacht, oudere leeftijd,  $\geq 1$  comorbiditeit, en de aanwezigheid van diabetes. De aanwezigheid van hart- en vaatziekten, artrose, vertigo, migraine, maag-darmklachten en ongediagnosticeerde gewrichtsklachten voorspelt minder zorggebruik. Dit kan worden verklaard doordat deze patiënten

vaker onder controle staan van een medisch specialist, doordat er weinig therapeutische opties zijn of doordat het kortdurende ziekte-episodes betreft.

*Conclusie.* Verschillende patiëntkenmerken zijn voorspellend voor het aantal contacten en de kosten in de huisartsenzorg. Er is echter nog geen relatie te leggen tussen de patiëntkenmerken en de tijdsinvestering van de praktijkmedewerkers. Om tot een adequaat werkend abonnementstarief te komen - zonder dat patiënten die veel tijd vragen buitengesloten worden - is verder onderzoek nodig.

### Streven naar perfecte of acceptabele gezondheid?

*S. Wouters, N.J.A. van Exel, K.I.M. Rohde, W.B.F. Brouwer  
Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam*

Met de stijgende zorgkosten dienen keuzen gemaakt te worden welke behandelingen wel en welke niet vergoed worden. We willen de meest noodzakelijke zorg vergoeden, wat betekent dat er niet altijd geld beschikbaar is voor minder noodzakelijke zorg. In dit onderzoek wordt een criterium voorgesteld op basis waarvan dit onderscheid gemaakt zou kunnen worden: de mate waarin gezondheidstoestanden acceptabel gevonden worden, zelfs al is gezondheid niet perfect. Aan een voor de Nederlandse bevolking representatieve steekproef op basis van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau ( $n=1067$ ) is gevraagd vanaf welke leeftijd (40, 50, 60, 70, 80, 90 jaar of nooit) zij 'enkele' en 'ernstige' problemen in de domeinen mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ander ongemak en angst/depressie (afkomstig uit de EQ-5D vragenlijst) acceptabel vinden. Ook is gevraagd wat men een acceptabele leeftijd vindt om te overlijden. Hieruit is berekend hoeveel voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALYs; een combinatie van kwaliteit en lengte van leven), men acceptabel vindt na de leeftijd 40 jaar. De kwaliteit van leven (tussen 0, slecht denkbare gezondheid en 1, best denkbare gezondheid) die tenminste nodig is voor een acceptabele gezondheid loopt sterk af met leeftijd: voor een 40-jarige wordt een kwaliteit van leven van 0.95 acceptabel gevonden, terwijl dit voor een 70-jarige 0.64 en voor een 90-jarige 0.06 is. Gemiddeld vindt men een leeftijd van 83 jaar acceptabel om te overlijden. Uit dit onderzoek blijkt dat acceptabele gezondheid onderscheiden kan worden van onacceptabele gezondheid. Dit onderscheid hangt samen met leeftijd: voor 40-jarigen vindt men minder problemen acceptabel dan voor 90-jarigen. Een aanbeveling voor toekomstige studies is het onderzoeken of Nederlanders vinden of een criterium als 'acceptabele gezondheid' gebruikt zou mogen worden in het gezondheidszorgbeleid.



# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## De effecten van de Anderhalvelijnszorg-(pilot) op verwijspatronen en ervaringen.

S.J.M. van Hoof<sup>1</sup>, M.D. Spreeuwenberg<sup>1</sup>, M.E.A.L. Kroese<sup>1</sup>, R. Meerlo<sup>2</sup>, L. Bastiaens<sup>3</sup>, D. Ruwaard<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>2</sup>Zorggroep Zorg in Ontwikkeling (ZIO), Maastricht

<sup>3</sup>Academisch ziekenhuis Maastricht, Maastricht

**Achtergrond en doelstelling.** Internationale vergelijkende analyses laten zien dat de kosten voor de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in een sneller tempo stijgen in Nederland dan elders in Europa. De eerstelijnszorgorganisatie Zorg in Ontwikkeling (ZIO) en het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) hebben daarom de Anderhalvelijnszorg-pilot geïnitieerd om te onderzoeken of door middel van substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn de stijgende kosten afgeremd kunnen worden bij gelijkblijvende of hogere patiënttevredenheid en gezondheidsuitkomsten, het zogenaamde Triple Aim concept. Het doel van deze zes maanden durende pilot studie is om te onderzoeken wat belemmerende en bevorderende factoren zijn en wat de effecten van de Anderhalvelijnszorg zijn op verwijspatronen en ervaringen van stakeholders.

**Aanpak/methode.** Op tweewekelijkse basis werken vijf medisch specialismen (neurologie, orthopedie, interne geneeskunde, dermatologie en cardiologie) in de Anderhalvelijnszorgpilot in zes huisartsenpraktijken. Patiënten zonder acute klachten die normaal verwezen zouden zijn naar de tweede lijn zijn geschikt voor de Anderhalvelijnszorg. Na een consult in de Anderhalvelijnszorg geeft de specialist een advies aan de huisarts over hoe de patiënt verder behandeld kan worden. Kwalitatieve (interviews, logboeken en focusgroepen) en kwantitatieve data (elektronisch verwijssysteem, vragenlijsten voor huisartsen, specialisten en patiënten) zijn verzameld in anderhalvelijns- en controlepraktijken.

**Resultaten/opbrengsten.** Van april tot oktober 2013 zijn 281 Anderhalvelijnsconsulten uitgevoerd. Voorlopige resultaten laten een daling zien van het aantal verwijzingen door Anderhalvelijnszorgpraktijken naar de tweede lijn voor neurologie en interne geneeskunde in vergelijking met controlepraktijken. Daarnaast zagen we in de Anderhalvelijnszorg een leereffect voor huisartsen en een hoge patiënttevredenheid.

**Conclusie en aanbevelingen.** De Anderhalvelijnszorg lijkt veelbelovend in het afremmen van de stijgende kosten in de gezondheidszorg en laat daarnaast een verhoogde patiënttevredenheid zien. In een quasi experimentele studie die start in 2014 zal meer inzicht worden verkregen in de effecten van de Anderhalvelijnszorg.

## Sessie 3: Verzamelde presentaties: Gezond opgroeien in de 21e eeuw

### Effect-evaluatie van de 'Watercampagne' in Rotterdam.

V.M.J. van de Gaar<sup>1</sup>, H Raat<sup>1</sup>, W. Jansen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

<sup>2</sup>Gemeente Rotterdam, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Om overgewicht verder terug te dringen is in Rotterdam de 'Watercampagne' ontwikkeld, een interventie gericht op het verminderen van de gezoete dranken inname door kinderen (leeftijd 6-12 jaar). Deze watercampagne, ontwikkeld met behulp van social marketing, is een integrale interventie met zowel school, familie als community elementen. De interventie is getailored op kinderen en families van Turkse en Marokkaanse kom af (groepen waar overgewicht prevalentie onder kinderen hoger is dan gemiddeld). Deze studie kijkt naar de effecten van de watercampagne op de gezoete dranken consumptie van kinderen. De hypothese was dat na 1 jaar interventie, kinderen in de interventie groep minder gezoete dranken zouden drinken in vergelijking met kinderen in de controle groep.

**Methode.** Een controlled trial is uitgevoerd onder vier scholen, 1288 kinderen in de leeftijd van 6-12 jaar. Op de twee interventie scholen werd, naast care-as-usual, de watercampagne ingevoerd. De twee controle scholen continueerden met care-as-usual: de Lekker Fit! aanpak, een schoolprogramma gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Gezoete dranken consumptie is als uitkomstmaat genomen, gemeten met behulp van ouder en kind vragenlijsten en observaties op school. Regressie analyses zijn uitgevoerd om het verschil na 1 jaar interventie te analyseren, gecorrigeerd voor potentiële confounders.

**Resultaten.** Van 1028 kinderen (79.8%) was complete-case-analyse mogelijk. Gemiddelde leeftijd kind was 9.0 jaar (SD 1.6); 52.7% meisje; 27.7% van Nederlands en 27.4% van Turkse/Marokkaanse kom af; 24.4% had overgewicht en 33.5% had een hoog opgeleide ouder. Positieve interventie effecten zijn gevonden voor dagelijkse gezoete dranken consumptie (B -0.15L, 95%CI -0.24;-0.07), dagelijkse servings gezoete dranken (B -0.42servings, 95%CI -0.69;-0.15) en meegebrachte gezoete dranken naar school (OR 0.51, 95%CI 0.36;0.72) (p<0.05).

**Conclusie.** De watercampagne lijkt effectief in het terugdringen van de gezoete dranken inname bij kinderen. Onze resultaten ondersteunen de effectiviteit van een integrale aanpak ontwikkeld met social marketing.

### Family matters? Ouderlijke invloed op eetgedrag, beweeggedrag en gewicht van basisschoolleerlingen

G. Rodenburg<sup>1</sup>, D. van de Mheen<sup>1</sup>, S. Kremers<sup>2</sup>, A. Oenema<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Rotterdam

<sup>2</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

**Achtergrond en doelstelling.** Om het volksgezondheidsprobleem van overgewicht onder kinderen terug te dringen, is

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

inzicht nodig in factoren die het eet- en beweeggedrag van kinderen beïnvloeden. Naast individuele factoren kunnen dit omgevingsinvloeden zijn. Voor kinderen is de thuisomgeving van belang: ouders bepalen bijvoorbeeld welke producten zij in huis halen, kunnen eet- en beweegregels stellen, maar ook de algemene opvoedstijl van ouders of hun opleidingsniveau zijn van invloed op het eet- en beweeggedrag van kinderen. In dit onderzoek staat de ouderlijke invloed op eetgedrag, beweeggedrag en daarmee op gewicht van basisschoolleerlingen in de leeftijd van 8-12 jaar centraal. Speciale aandacht wordt besteed aan de wisselwerking tussen verschillende niveaus van ouderlijke invloed, zoals het opleidingsniveau en de algemene opvoedstijl van ouders in relatie tot eet- en beweegspecifieke opvoedstijlen (voorbeeldgedrag, regels stellen, etc.).

**Aanpak/methode.** Het onderzoek is gebaseerd op het INPACT-onderzoek (IVO Nutrition and Physical Activity Child cohort). Dit is een prospectieve, observationele studie, uitgevoerd in Eindhoven en omliggende gemeenten onder basisschoolleerlingen en één van hun ouders. De studie startte in 2008 en omvatte metingen met een tijdsinterval van een jaar. Voor deze studie is gebruik gemaakt van de data van 2008 t/m 2010. De metingen bestonden uit een vragenlijst voor één van de ouders, een vragenlijst voor het kind en het meten van lengte, gewicht en buikomtrek van het kind.

**Resultaten/opbrengsten.** Het onderzoek laat zien dat de verschillende niveaus van ouderlijke invloed, van opleidingsniveau tot positief voorbeeldgedrag, samenhangen met het gedrag van het kind, maar daarnaast ook onderling samenhangen.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Het onderzoek laat zien dat de thuisomgeving van kinderen aangrijpingspunten biedt voor de preventie van overgewicht. Er wordt onder andere aangeraden interventies te ontwikkelen die ingrijpen op het verbeteren van zowel de algemene opvoedstijl als de eet- en beweegspecifieke opvoedstijl van ouders.

### **Vergroening van schoolpleinen in aandachtswijken: een interventiestudie naar het effect op het welzijn van kinderen.**

S. de Vries<sup>1</sup>, F. Langers<sup>1</sup>, J.L.M. Donders<sup>1</sup>, A.E. van den Berg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alterra, Wageningen Universiteit en Researchcentrum, Wageningen

<sup>2</sup>Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

**Achtergrond en doelstelling.** Als onderdeel van de wijkenaanpak zijn in Rotterdam een aantal grijze schoolpleinen groen heringericht. Hiervan werd een aantal positieve resultaten verwacht, waaronder op het sociale klimaat en het welzijn van de kinderen. De gemeente Rotterdam en het ministerie van Economische Zaken hebben Alterra opdracht gegeven om te kijken of deze effecten ook wetenschappelijk kunnen worden aangetoond.

**Methode.** In 2010 is bij vijf scholen een nulmeting uitgevoerd: vier scholen met een beoogde herinrichting en één controleschool. De nulmeting werd overwegend uitgevoerd bij drie middenbouwklassen per school (groepen 3, 4 en 5). De nameting in het voorjaar van 2012 betrof soortgelijke groepen (qua niveau), waarbij de nieuwe groep 4 de oude groep 3 was, etcetera. In het voorjaar van 2013 is bij vier scholen op dezelfde

wijze een tweede nameting uitgevoerd. De metingen betroffen de individuele afname van een gestructureerde vragenlijst. Per meetmoment zijn ongeveer 300 kinderen bevestigd.

**Resultaten.** De eerste nameting laat zien dat op twee van de vier interventiescholen het plein na de herinrichting bij de kinderen hoger scoort qua aantrekkelijkheid en dat, kort na de ingebruikname ervan, het sociale klimaat op het plein is verbeterd. Bij de tweede nameting blijkt dit effect op het sociale klimaat nog deels te bestaan. Daarnaast wordt op dezelfde twee scholen nu een licht verhoogd welzijn geconstateerd ten opzichte van de voormeting.

**Discussie en conclusies.** De nieuwe pleinen waren ook groter en gevarieerder qua speelaanleidingen dan de oude pleinen. Het is onduidelijk welke component hoe belangrijk is. Op twee interventiescholen verbeterde het sociaal klimaat (en het welzijn) niet. De groene inrichting bleek niet altijd goed bestand tegen de speeldruk. Het omtoveren van saaie, grijze tegelpleinen naar gevarieerde groene speelomgevingen lijkt, mits goed uitgevoerd, een bijdrage te kunnen leveren aan het tegengaan van pestgedrag.

### **Sessie 4: Verzamelde presentaties: Vitaliteit en participatie**

#### **Inzichten in Vitaliteit: associaties met participatie en maatschappelijke kosten in volwassen Nederlanders**

J.E. Strijk<sup>1</sup>, J.M. van Dongen<sup>2</sup>, E. van Steenberghe<sup>1</sup>, G.C.W.

Wendel-Vos<sup>3</sup>, V.H. Hildebrandt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TNO, Leiden

<sup>2</sup>Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam

<sup>3</sup>RIVM, Bilthoven

**Achtergrond.** Binnen de gezondheidszorg is er een verschuiving van focus: van de nadruk op iemands beperkingen naar een positieve benadering van gezondheid waar meedoen aan de maatschappelijk naar vermogen centraal staat. Vitaliteit (energie, motivatie en veerkracht) wordt tegenwoordig veel gebruikt door beleidsmakers, onderzoekers en professionals, maar er is nog weinig bekend over de associatie van vitaliteit met relevante uitkomstmaten zoals participatie en maatschappelijk kosten.

**Methode.** In een cross-sectioneel onderzoek is data verzameld over vitaliteit, participatie en maatschappelijk kosten via een internet survey onder 8015 Nederlandse volwassenen (leeftijd: 46.0±15.2; min-max: 20-92 jaar). Vitaliteit is gemeten met de gevalideerde Nederlandse Vitaliteitsmeter (de Vita-16). Verder is er informatie verzameld over participatie, namelijk: 1) economische participatie (duurzame inzetbaarheid: leeftijd kunnen en willen doorwerken; ziekteverzuim: ja/nee), 2) maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk: ja/nee, mantelzorg: ja/nee) en 3) sociale participatie (contact met familie, vrienden en burens: frequent/niet frequent) en over maatschappelijk kosten (zorgkosten, kosten productiviteitsverlies). Associaties zijn getoetst met lineaire (continue uitkomst) of logistische (dichotome uitkomst) regressieanalyses.

**Resultaten.** Vitaliteit is geassocieerd met duurzame inzetbaarheid (kunnen doorwerken: =1.2; 95% BI: 0.98-1.42; willen doorwerken: =2.1; 95% BI: 1.79-2.37) en ziekteverzuim

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

(OR=0.75; 95%BI:0.71-0.79) en werkdruk (OR=1.23; 95%BI:1.16-1.31) (=economische participatie), het doen van vrijwilligerswerk (OR=1.27; 95% BI:1.21-1.33) en het geven van mantelzorg (OR=1.14; 95% BI:1.08-1.20) (=maatschappelijke participatie) en met sociale contacten met familie (OR=1.35; 95%BI:1.27-1.43), vrienden (OR=1.48; 95%BI:1.40-1.57) en burens (OR=1.36; 95% BI:1.29-1.42) (=sociale participatie). Ook is vitaliteit geassocieerd met maatschappelijke kosten, namelijk gezondheidszorgkosten (= -212.81; 95%BI:-308.08--111.28) en productiviteitsverlies kosten (= -1875.94; 95%BI:-2254.93- -1494.70). **Conclusie.** Dit onderzoek laat zien dat vitaliteit positief geassocieerd is met participatie en negatief met maatschappelijk kosten. Investeren in het behouden en bevorderen van vitaliteit van Nederlandse volwassenen lijkt interessant om op lange termijn participatie te stimuleren en kosten te reduceren. Echter, (longitudinaal) vervolgonderzoek zal deze resultaten moeten bevestigen en verder onderzoek is nodig naar veelbelovende interventies om dit te bereiken.

### Maatschappelijke participatie onder ouderen (55+) in Zuid-Limburg

K.J. Hajema, N.R.H. Curvers  
GGD Zuid Limburg, Geleen

**Achtergrond en doelstelling.** In de nieuwe Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM is maatschappelijke participatie het centrale thema. Het gaat dan vooral over de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie. Gezondheid en het ontbreken van beperkingen worden gezien als determinant van participatie. In dit onderzoek heeft maatschappelijke participatie betrekking op arbeid, mantelzorg en vrijwilligerswerk. De regio Zuid-Limburg is de ongezondste regio van het land en de mate participatie blijft achter ten opzichte van de meeste andere regio's.

**Vraagstelling:** Wat is de relatie tussen maatschappelijke participatie en gezondheid bij ouderen en welke factoren beïnvloeden deze relatie?

**Methodie.** De onderzoekspopulatie zijn zelfstandig wonende personen van 55 jaar en ouder in Zuid-Limburg. De regio is relatief ongezond en kenmerkt zich door sterke vergrijzing en bevolkingskrimp. In totaal waren er 31.284 ouderen benaderd om deel te nemen aan de monitor. De respons was 52% (N = 16.291). De volgende indicatoren van gezondheid zijn onderzocht: chronische aandoeningen, depressieve klachten, eenzaamheid, ADL- en HDL-beperkingen en beperkingen in vervoer. Naast gezondheid is de invloed van geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en burgerlijke staat onderzocht. Vanwege de complexe steekproeftrekking is gebruik gemaakt van SPSS Complex samples.

**Resultaten & conclusies.** Niet zozeer gezondheid maar vooral beperkingen lijken van invloed op participatie. De resultaten voor participatie in de vorm van betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg zijn verschillend. Speciale aandacht verdient daarbij ook beperkingen met betrekking tot vervoer.

**Aanbevelingen.** Op basis van dit onderzoek bevelen wij aan: dat inclusief beleid (Wmo) wordt verbreed naar groepen met relatief kleine belemmeringen die voortvloeien uit de psychische en lichamelijke gezondheid; meer aandacht voor belem-

meringen die voortkomen uit het niet ter beschikking hebben van vervoer; meer aandacht voor participatie bij burgers met een lage sociaaleconomische status.

### Aan het werk met een arbeidsongeschiktheidsuitkering

C.C.P. van Brakel, H.J. van Rijssen  
UWV, Amsterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Het is de maatschappelijke wens dat mensen met een ziekte en/of gezondheidsbeperking participeren op de arbeidsmarkt. Dat lukt echter niet altijd en een deel van deze mensen doet (tijdelijk) een beroep op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Het doel van deze studie is om weer te geven hoeveel jongeren, volwassenen en ouderen een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, de trends hierin, wat de belangrijkste gezondheidsredenen hiervoor zijn en in welke mate deze mensen participeren op de arbeidsmarkt.

**Aanpak/methode.** De studie bestaat uit beschrijvende analyses op databestanden van UWV met informatie over uitkeringen en dienstverbanden.

**Resultaten/opbrengsten.** Tussen 2001 en 2012 is de instroom in de Wajong (uitkering voor jonggehandicapten) flink gestegen, vooral van jongeren met een ontwikkelingsstoornis. Bijna 5% van de jongeren tussen 18 en 24 jaar ontving eind 2012 een Wajonguitkering. Een kwart van de Wajongers is aan het werk, vaak met langdurige ondersteuning.

Acht procent van de volwassenen en vijftien procent van de ouderen ontving in 2012 een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De instroom van ouderen nam tussen 2007 en 2011 toe. De meest gestelde diagnose bij een arbeidsongeschiktheidsuitkering is bij volwassenen een psychische stoornis en bij ouderen klachten aan het bewegingsapparaat.

De arbeidsparticipatie van volwassenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is sinds 2008 gedaald, deels vanwege de economische crisis, deels omdat steeds meer mensen zonder een vaste relatie met de arbeidsmarkt een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Eind 2011 was de helft van de volwassenen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering aan het werk; van de volwassenen met een uitkering voor volledige maar niet duurzame arbeidsongeschiktheid was dat 13%.

**Conclusies en aanbevelingen.** De afgelopen jaren nam de instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering toe bij jongeren en ouderen. Ook mensen met een uitkering wegens gedeeltelijke of volledige, maar niet duurzame, arbeidsongeschiktheid verrichten vaak betaald werk. Vaak is wel (langdurige) ondersteuning en/of een aanvullende uitkering nodig.

### De belasting van het verlenen van mantelzorg: waardevolle informatie voor beleidsbeslissingen in de gezondheidszorg

R.J. Hoefman  
Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Mantelzorg is een waardevol onderdeel van de gezondheidszorg. De belasting van mantelzorg kan substantieel zijn en bepalen of mantelzorgers hun

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

zorgtaak kunnen en willen voortzetten. Hierom is het belangrijk om het effect van het verlenen van zorg op mantelzorgers mee te nemen in beleidsbeslissingen in de gezondheidszorg. Economische evaluaties ondersteunen beleidsbeslissingen. De meeste economische evaluaties laten echter de inzet van mantelzorg buiten beschouwing met als gevolg dat de werkelijke kosten en effecten van een interventie niet inzichtelijk zijn. Deze studie onderzoekt de belasting die mantelzorgers ervaren. Dit doen we aan de hand van een methode geschikt voor (economische) evaluaties.

**Methode.** Data is verzameld met een vragenlijst onder een representatieve steekproef van volwassenen in Nederland in oktober 2010 (n=1244). Belasting van mantelzorg is gemeten met het CarerQol instrument die twee positieve (voldoening en steun) en vijf negatieve (relationele problemen, mentale gezondheid, dagelijkse activiteiten, financiële problemen en lichamelijke gezondheid) belastingdimensies omvat (CarerQol-7D) en algemeen welzijn meet op een schaal van 0 tot 10 (CarerQol-VAS). CarerQol scores zijn geanalyseerd met regressiemethoden met drie groepen onafhankelijke variabelen: (i) mantelzorger, (ii) zorgontvanger, (iii) mantelzorgsituatie kenmerken.

**Resultaten.** Mantelzorgers ervaren vaak problemen met hun gezondheid en met hun dagelijkse activiteiten. De gemiddelde CarerQol-VAS score was 7 en was lager onder jongere mantelzorgers. De gezondheid van de mantelzorger en de zorgontvanger hing positief samen met welzijn. Mantelzorgers met meerdere zorgontvangers, met een kind of zonder betaalde baan hadden een lagere CarerQol-VAS score.

**Conclusie en aanbevelingen.** Dit onderzoek toont aan dat naast de gezondheid van de zorgontvanger, kenmerken van de mantelzorger zelf en de mantelzorgsituatie van belang zijn voor mantelzorgbelasting. Dit is waardevolle informatie voor beleidsmakers om mantelzorgers te ondersteunen in hun belangrijke taak. Daarnaast is kennis hierover toepasbaar in economische evaluaties die beleidsmakers kunnen ondersteunen in het maken van de juiste pakketbeslissingen in de gezondheidszorg.

### Sessie 5: Verzamelde presentaties: Leefstijlbevordering bij jongeren

#### Evaluatie van Benzies & Batchies, interactief lespakket ter preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder adolescenten

G.P.A. de Lijster<sup>1</sup>, P.L. Kocken<sup>2</sup>, K. Janssens<sup>2</sup>, H. Felten<sup>2</sup>, G. Kok<sup>3</sup>

<sup>1</sup>TNO, Leiden

<sup>2</sup>Movisie, Utrecht

<sup>3</sup>Maastricht University, Maastricht

**Achtergrond.** Jongeren die slachtoffer zijn geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) hebben een hoger risico op zelfbeschadiging, zelfmoord gedachten, eetproblemen, midelen misbruik en zich onveilig voelen op school. Prevalentie schattingen voor slachtoffers van SGG variëren van 11% bij jongens tot 44% bij meisjes. Het lesprogramma 'Benzies & Batchies' (B&B) van Stichting Kikid richt zich op de preventie van

SGG bij jongeren op het VMBO (12-16 jaar) en bestaat uit een theatervoorstelling door-en-voor jongeren en de weerbaarheids-training 'Ik hou van mij' van 3 lessen. Doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in het effect en proces van B&B.

**Methode.** Cluster randomised control trial (experimentele groep = 14 scholen/431 leerlingen; controle groep = 11 scholen/384 leerlingen); voormeting (T0) en 2 nametingen (na afloop van de interventie (T1) en 6 maanden later (T2)). Leerlingen vulden op de 3 meetmomenten een vragenlijst in over SGG en determinanten van dit gedrag. Er zijn multilevel analyses uitgevoerd. **Resultaten.** Op T1 en T2 was er een significante positieve verandering in de sociale norm van de experimentele groep t.a.v. grenzen aangeven (resp. =.26 en =.28; p<.05). Op T1 was er tevens een effect op eigen effectiviteit t.a.v. grenzen aangeven en intentie om minder SGG te vertonen (resp. =.23; p<.05 en =.29; p<.01). Op T2 was er ook een effect op houding ten aanzien van relaties en seksualiteit (= .34; p<.001). Er waren geen significante effecten op gedrag na 6 maanden. Het lesprogramma wordt zowel door de jongeren als docenten goed gewaardeerd.

**Conclusies.** Het lesprogramma heeft een positieve invloed op opvattingen van jongeren over seksueel grensoverschrijdend gedrag. Vanwege het effect op determinanten van gedrag bij deze jonge leeftijdsgroep wordt aanbevolen om het lespakket verder te verspreiden.

#### Het bevorderen van de gezondheid van jongeren: E-health4Uth gecombineerd met een consult met de jeugdverpleegkundige

R. Bannink<sup>1</sup>, R. Bannink<sup>1</sup>, S. Broeren<sup>2</sup>, E. Joosten - van Zwanenburg<sup>2</sup>, E. van As<sup>3</sup>, P. van de Looij - Jansen<sup>4</sup>, H. Raat<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, Rotterdam

<sup>2</sup>Dienst Gezondheid & Jeugd, Dordrecht

<sup>3</sup>Consortium Rivas/Careyn, Gorinchem

<sup>4</sup>GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Ongeveer 15% van de jongeren heeft psychosociale problemen en veel jongeren hebben een ongezonde leefstijl. Om de gezondheid van jongeren te bevorderen zijn twee interventies geïmplementeerd in de Jeugdgezondheidszorg. Jongeren in de E-health4Uth groep ontvingen, via een online advies-op-maat programma, adviezen over hun leefstijl en welzijn. Jongeren in de E-health4Uth+consult groep ontvingen dezelfde adviezen, aangevuld met een consult met de jeugdverpleegkundige indien zij een verhoogd risico hadden op psychosociale problemen. Deze studie evalueert de effectiviteit van E-health4Uth en E-Health4Uth+consult op het welzijn (d.w.z. psychosociale gezondheid en gezondheidsperceptie) en de leefstijl (d.w.z. alcohol en drugsgebruik, roken, veilig vrijen) van jongeren.

**Methode.** Een gerandomiseerde gecontroleerde studie is uitgevoerd onder derde- en vierdejaars leerlingen van het Voortgezet Onderwijs. Schoolklassen werden willekeurig toegewezen aan: 1) E-health4Uth groep, 2) E-health4Uth+consult groep, of 3) controlegroep (gebruikelijke zorg). Jongeren vulden aan het begin en na vier maanden follow-up een vragenlijst in over hun welzijn en leefstijl.

**Resultaten.** In totaal namen 1256 jongeren deel aan deze studie; gemiddelde leeftijd 15.9 jaar (SD=0.69); 54.7% was

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

jongeren. In de E-health4Uth groep gebruikten jongeren bij de nameting vaker condoms tijdens de geslachtsgemeenschap ( $P < 0.05$ ) en hun gezondheidsperceptie was gunstiger ( $P < 0.01$ ) vergeleken met de controlegroep. Jongeren in de E-health4Uth+consult groep hadden een betere psychosociale gezondheid bij de nameting vergeleken met de controlegroep ( $P < 0.05$ ). Jongeren met een verhoogd risico op psychosociale problemen in de E-health4Uth+consult groep, hadden een betere psychosociale gezondheid status ( $P < 0.05$ ) en gunstiger gezondheidsperceptie ( $P < 0.01$ ) bij de nameting vergeleken met jongeren in de controlegroep die een verhoogd risico hadden op psychosociale problemen.

**Conclusies.** Bevindingen van deze studie ondersteunen het gebruik van de E-health4Uth+consult interventie in het bevorderen van het welzijn van jongeren met een verhoogd risico op psychosociale problemen. Toekomstig onderzoek wordt aanbevolen om de mogelijke effecten van de adviezen en het consult te evalueren op de lange termijn.

### Sociale marketing als methode voor alcoholpreventie voor jongeren van 12 - 18 jaar

M.M. Janssen<sup>1</sup>, J.J.P. Mathijssen<sup>2</sup>, M.J.H. van Bon-Martens<sup>2</sup>, J.A.M. van Oers<sup>3</sup>, H.F.L. Garretsen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tilburg University, Tilburg

<sup>2</sup>Trimbos Instituut, Utrecht

<sup>3</sup>RIVM, Bilthoven

**Achtergrond en doelstelling.** Momenteel krijgen alle jongeren dezelfde alcoholvoorlichting, onafhankelijk van hun houding over alcohol. Wij veronderstellen dat sociale marketing kan helpen om alcoholinterventies op maat te ontwikkelen, die goed aansluiten bij de houding van jongeren.

Het doel van deze presentatie is vertellen over doelgroepsegmentatie van alle jongeren in vijf segmenten, gebaseerd op een kwantitatieve vragenlijst en kwalitatieve focusgroepen. Alcoholinterventies op maat voor twee segmenten zullen gepresenteerd worden.

**Aanpak/methode.** Kwantitatieve segmentatievragenlijst: In totaal vulden 3,230 12-18-jarigen de vragenlijst in (responspercentage 46%). Met factoranalyse bepaalden we welke factoren het verschil maakten. Vervolgens konden, met latente klasse analyse, vijf segmenten jongeren onderscheiden worden. Focusgroepen:

Om de waarden en normen over alcohol te exploreren, zijn zes focusgroepen met twee segmenten (socialen en nuchteren) uitgevoerd en geanalyseerd met Atlas Ti.

**Resultaten/opbrengsten.** Op basis van de kwantitatieve vragenlijst konden vijf segmenten jongeren worden onderscheiden: socialen (42%), uitbundigen (22%), bewust frissen (17%), nuchteren (11%) en genieters (8%).

In een expertmeeting met publieke-gezondheid-professionals zijn de socialen en nuchteren gekozen, gebaseerd op theoretische en praktische gezondheidswinst.

Uit de focusgroepen blijkt dat de socialen nieuwsgierig zijn naar de smaak van alcohol, alcohol associëren met gezelligheid en het moeilijk vinden om "nee" te zeggen tegen drinkende vrienden.

De nuchteren drinken (nog) geen alcohol. Groepsdruk is laag. Ze

associëren alcohol wel met gezelligheid.

Gebaseerd op deze kwantitatieve en kwalitatieve inzichten ontwikkelden we alcoholinterventies op maat voor de socialen en nuchteren. Deze zullen worden gepresenteerd.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Het is mogelijk om 12-18-jarigen in te delen in vijf meer homogene segmenten, gebaseerd op hun houding over alcohol.

Focusgroepen resulteren in diep inzicht in alcoholwaarden en -normen van de socialen en nuchteren.

Gebaseerd op het segmentatieproces en de focusgroepen konden aantrekkelijke sociale marketing interventies op maat worden ontwikkeld voor de socialen en nuchteren.

### Sessie 6: Verzamelde presentaties: Gezond ouder worden

#### Vroegsignalering van eenzaamheid en depressie bij Amsterdamse ouderen: meningen en ervaringen van professionals

F. El Fakiri, M.A. Visser

GGD Amsterdam, Amsterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Eenzaamheid en depressie komen vaker voor met het stijgen van de leeftijd. Tijdige signalering en adequate doorverwijzing zijn van groot belang. Doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te bieden in het proces van (vroeg) signalering van eenzaamheid en depressie bij thuiswonende ouderen in Amsterdam.

**Methode.** Op basis van focusgroepsdiscussies en diepte-interviews is een gestructureerde digitale vragenlijst opgesteld met o.a. vragen over de huidige manier van signaleren van eenzaamheid en depressie bij ouderen en knel- en verbeterpunten in het signaleringsproces. Deze vragenlijst is uitgezet onder Amsterdamse professionals werkzaam in de sectoren zorg, welzijn en/of wonen, die via hun (vrijwilligers)werk (in) direct met zelfstandig wonende ouderen in contact komen. Deelnemers zijn geworven via de sociale kaart van de GGD Amsterdam en via partnerorganisaties.

**Resultaten.** In totaal hebben 189 professionals de vragenlijst ingevuld (77% vrouw; 74% HBO/WO opleiding; gemiddelde leeftijd 50 jaar (sd. 11); 61% werkzaam in zorg en 27% in welzijn). Professionals blijken eenzaamheid en depressie bij ouderen vooral op basis van hun ervaring, intuïtie en/of kennis te signaleren. Ongeveer één kwart gebruikt hierbij signaleringsinstrumenten. Na een signaal ondernemen vrijwel alle professionals één of meer acties zoals vermoedens nagaan, met ouderen praten, doorverwijzen of inschakelen van de omgeving van ouderen. Professionals geven het signaleringsproces een rapport cijfer van 5,5. Meest genoemde knelpunten zijn: geen vertrouwd/menselijk contact met de ouderen, afwezigheid protocollen, taboe/schaamte bij ouderen, wegbezuiniging activiteiten voor ouderen. Signalering kan beter door meer onderlinge samenwerking tussen beroepsgroepen en deskundigheidsbevordering.

**Conclusies en aanbevelingen.** Professionals signaleren vooral op basis van hun ervaring, intuïtie en kennis en ondernemen vrijwel altijd actie na een signaal. Om de vroegsignalering te verbeteren is het van groot belang om te investeren in de inzet van wijkverpleegkundigen (zichtbare schakels) en wijkzorg-

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

teams, naast voorlichting en empowerment bij ouderen en mantelzorgers om het taboe rond eenzaamheid en depressie te doorbreken.

### **Gezond ouder worden: effect van lichaamsbewegingsinterventies op de levensverwachting zonder beperkingen**

*D. Wapperom<sup>1</sup>, H.C. Boshuizen<sup>2</sup>, C.W.N. Looman<sup>1</sup>, W.J. Nusselder<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ErasmusMC, Rotterdam

<sup>2</sup>RIVM, Bilthoven

*Achtergrond.* Langer leven in goede gezondheid is een speerpunt in het Nederlandse volksgezondheidsbeleid en interventies ter bevordering van lichaamsbeweging zijn hiervoor een belangrijk instrument. De levensverwachting zonder beperkingen (LZB) is een veel gebruikte maat voor gezond ouder worden, maar effecten van interventies hierop zijn onbekend. Deze presentatie beoogt inzicht te verschaffen in het effect van lichaamsbewegingsinterventies onder 55-plussers, door het effect van de beweegnorm (maximaal effect) en van geëvalueerde interventies (realistisch effect) te kwantificeren in termen van LZB.

*Methoden.* We gebruikten een uitbreiding van de DYNAMO-HIA tool (<http://www.dynamo-hia.eu>), een model om het effect van leefstijlinterventies op gerelateerde ziekten en overall gezondheidsuitkomsten te bepalen. De uitbreiding betreft de link tussen leefstijl en beperkingen, via specifieke ziekten en "overige oorzaken". Op basis van de POLS enquête is de mate van lichaamsbeweging (inactief, matig actief en norm actief) en de associatie met OESO-beperkingen bepaald en is het effect van specifieke chronische ziekten op het al dan niet hebben van OESO-beperkingen geschat. Daarnaast is DYNAMO-HIA gevuld met demografische en epidemiologische gegevens ontleend aan verschillende bronnen. We simuleerden lichaamsbeweging onder 3 scenario's: 1. referentie scenario, 2. realisatie beweegnorm, en 3. interventie scenario voor verschillende mate van deelname.

*Resultaten.* Als alle 55-plussers aan de beweegnorm voldoen stijgt de LZB van mannen met een jaar en van vrouwen met twee jaar. Als alle 55-plussers aan de interventie deelnemen stijgt de LZB een half jaar voor mannen en een jaar voor vrouwen. Wanneer de helft deelneemt is dit een kwart jaar en een half jaar, respectievelijk.

*Conclusie.* Er is een relevante winst in LZB te behalen als alle 55-plussers aan de norm gezond bewegen zou voldoen. Ook de interventies kunnen bijdragen aan gezond ouder worden, maar effecten zijn sterk afhankelijk van het percentage van de populatie dat hieraan deelneemt.

### **Multimorbiditeit: zorggebruik is omvangrijk**

*S.H. van Oostrom<sup>1</sup>, H.S.J. Picavet<sup>1</sup>, S.R. de Bruin<sup>1</sup>, I. Stirbu<sup>2</sup>, J.C. Korevaar<sup>2</sup>, F.G. Schellevis<sup>2</sup>, C.A. Baan<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>NIVEL, Utrecht

*Achtergrond.* Steeds vaker hebben mensen meer dan één chronische aandoening, oftewel multimorbiditeit. Er is nog

weinig bekend over wat multimorbiditeit betekent voor zorg aan patiënten. Desondanks is de organisatie, financiering en kwaliteit van de zorg sterk ziekte-specifiek georiënteerd.

*Doel.* Een overzicht geven van de omvang van het zorggebruik in de huisartsenpraktijk bij mensen met multimorbiditeit.

*Methode.* Gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), over de periode van 2006 tot 2008 werden geanalyseerd. Multimorbiditeit werd gedefinieerd als het voorkomen van twee of meer van achtentwintig chronische ziekten bij een patiënt die gerapporteerd waren in het elektronisch medisch dossier van de huisarts.

*Resultaten.* Hoe meer ziekten een patiënt heeft, hoe vaker er contact is met de huisartspraktijk. Dat geldt voor (telefonische) consulten, maar ook voor visites, diagnostiek en verrichtingen en uitschrijven van herhaalrecepten. Patiënten met multimorbiditeit hadden in totaal gemiddeld 18,8 (95% betrouwbaarheidsinterval 16,8-19,9) contacten per jaar, dit was significant hoger dan het aantal contacten voor patiënten met 1 chronische ziekte (11,7 contacten (10,8-12,6)) en patiënten zonder chronische aandoeningen (6,1 contacten (5,6 - 6,6)). Tevens is het aantal verwijzingen naar de tweede lijn groter bij multimorbiditeit en worden er meer geneesmiddelen voorgeschreven bij patiënten met meerdere ziekten. Het totale aantal contacten met de huisartsenpraktijk *per ziekte* neemt echter af bij toename van het aantal ziekten.

*Conclusie.* Het zorggebruik neemt toe bij meer ziekten, maar wordt minder per ziekte, wat suggereert dat er sprake is van efficiëntie in de behandeling en management door de huisarts.

### **Sessie 7: Verzamelde presentaties: Gezondheidsbevordering bij sociaal kwetsbare groepen**

#### **Factoren die zorgen voor duurzaam beweeggedrag bij migrantenvrouwen**

*M.C. Herens<sup>1</sup>, A.W.S. Wagemakers<sup>1</sup>, L.A.A. den Besten<sup>2</sup>, C.M. Bernaards<sup>2</sup>, M. Koelen<sup>1</sup>, L. Vaandrager<sup>1</sup>, J.A.C. van Ophem<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Wageningen UR, Wageningen

<sup>2</sup>TNO, Hoofddorp

*Achtergrond en doelstelling.* Het lukt steeds beter om migrantenvrouwen te bereiken met community-based beweegprogramma's. Er is minder bekend over factoren die een rol spelen bij het volhouden van beweeggedrag. Meer kennis van deze factoren kan de effectiviteit van programma's verhogen. Doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren voor duurzaam beweeggedrag bij migrantengroepen.

*Aanpak/methode.* Op basis van literatuuronderzoek zijn factoren voor duurzaam beweeggedrag in kaart gebracht voor individueel niveau, de groep, de sociale, fysieke en institutionele omgeving. Vervolgens zijn groeps- en beweegleiders ondervraagd over deze factoren in 4 semigestructureerde interviews. Daarnaast zijn 3 focus groeps gesprekken gehouden met 25 migrantenvrouwen uit beweeggroepen, die tenminste een jaar actief zijn en minimaal eens per week bewegen.

*Resultaten/opbrengsten.* Respondenten benoemen op individueel niveau de volgende factoren die bijdragen aan duurzaam beweeggedrag:

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

- Zelfregulatie (plannen van beweegmomenten, doelen stellen),
- Ervaren voordelen, zowel fysiek (energieker en jonger voelen, minder pijnklachten en medicijngebruik, betere conditie en coördinatie) als psychisch (ontspanning, tijd voor jezelf, plezier).
- Leerervaringen in bewegen en maatschappelijke participatie
- Op groepsniveau spelen steun, veiligheid, het delen van verhalen en onderling vertrouwen een belangrijke rol.
- In de sociale en institutionele omgeving spelen vooral programmatische factoren een rol:
- Meegroeien met de groep door open, deskundig en responsief optreden van docent en groepsbegeleiding
- Continuïteit en meer activiteiten bieden dan bewegen alleen (ontwikkelprikkels)
- Programmering aanpassen op de groep (aard beweegactiviteiten, tijdstip, beweeglocatie)

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Niet alleen individuele factoren zorgen dat migrantenvrouwen duurzaam in beweging blijven. Groepsdynamiek, ervaren steun en vertrouwen, en stabiliteit van het beweegaanbod dragen bij aan het blijven bewegen. Ook de wisselwerking tussen begeleiding en deelnemers, en gedeelde leerervaringen spelen een belangrijke rol.

### **Ontwikkeling van een gezondheidsbevorderende interventie voor en door dak- en thuisloze jongeren volgens Intervention Mapping**

*S.N. Boersma, D. Wewerinke, J.R.L.M. Wolf  
Radboudumc, Nijmegen*

*Achtergrond en doelstelling.* Dak- en thuisloze jongeren hebben naast gebrekkige bestaansvoorwaarden ook vaker gezondheidsklachten dan gehuisveste jongeren. Ondanks dat er gezondheidsbevorderende interventies beschikbaar zijn voor uiteenlopende doelgroepen, is er voor deze jongeren geen programma dat aansluit bij hun belangrijkste gezondheidsklachten en leefwereld. Doel van dit project was: 1) inzicht krijgen in de gezondheidstoestand van dak- en thuisloze jongeren in Nederland en 2) het ontwikkelen van de bouwstenen voor een effectief gezondheidsbevorderend programma gebaseerd op verzamelde inzichten onder en door deze jongeren aangevuld met wetenschappelijk bewijs.

*Aanpak.* De aanpak is gestoeld op het Intervention Mapping protocol voor het ontwikkelen van theory-based en evidence-based interventies. Tijdens acht bijeenkomsten is stapsgewijs inzicht en bewijs verzameld voor de belangrijkste klachten en het meest relevante gezondheidsdoel, samenhangende factoren en determinanten en hoe een gezondheidsbevorderende interventie voor zwerfjongeren in Nederland er uit zou moeten zien. Een panel van negen ervaringsdeskundigen participeerde in de co-creatie van deze interventie. Een gespreksleider verbond en integreerde per stap de inzichten van de jongeren met wetenschappelijke informatie. Het panel bevroeg tussen de bijeenkomsten in andere zwerfjongeren over hun gezondheid, ook met behulp van beeldmateriaal.

*Resultaten.* Dak- en thuisloze jongeren in Nederland rapporteren gezondheidsklachten op het gebied van hun lichamen, psychisch en sociaal functioneren. Psychische klachten werden door de jongeren, met wetenschappelijke onderbouwing, als

belangrijkste gezondheidsklacht gezien. Een gezondheidsbevorderend programma zou zich moeten richten op het omgaan met stress en moeilijke situaties en op het versterken van een steunend netwerk om zo de mentale gezondheid van dak- en thuisloze jongeren te bevorderen.

*Conclusie.* Het betrekken van ervaringsdeskundigen bij elke stap van het ontwikkelen van een gezondheidsbevorderende interventie vergroot de kansen op een programma dat relevant en werkzaam is. Dak- en thuisloze jongeren zijn goed in staat om samen met onderzoekers volgens het Intervention Mapping protocol een gezondheidsbevorderende interventie te ontwikkelen.

### **Effectiviteit en modelgetrouwheid van Houvast: een krachtgerichte basismethodiek voor zwerfjongeren**

*S.N. Boersma, M.A.M. Krabbenborg, J.R.L.M. Wolf  
Radboudumc, Nijmegen*

*Achtergrond en doelstelling.* De kwetsbaarheid van zwerfjongeren, onder andere door gebrekkige bestaansvoorwaarden en een slechte lichamelijke en psychische gezondheid, is in veel onderzoeken aangetoond. Echter, evidence-based interventies die aansluiten bij de behoeften van deze groep, zijn nauwelijks beschikbaar. Houvast (Wolf, 2012) is een krachtgerichte basismethodiek gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van zwerfjongeren. Uitgangspunt is de eigen kracht van de jongere en de methodiek is gericht op het vergroten van de autonomie en zelfbepaling. Doel van deze studie is de effectiviteit en modelgetrouwheid van de Houvastmethodiek te onderzoeken.

*Methode.* In een cluster gerandomiseerde interventie studie zijn opvangvoorzieningen random toegewezen aan een experimentele ( $n = 5$ ) en een controle conditie ( $n = 5$ ) bestaande uit 'care as usual'. In totaal zijn 255 nieuw instromende jongeren uit beide condities middels een gestructureerd interview bevestigd over o.a. hun kwaliteit van leven, lichamelijke en psychische gezondheid, middelengebruik, zelfdeterminatie, werkrelatie en persoonlijke doelen voor herstel op moment van instroom (T0). Vervolgmetingen vonden plaats op moment van uitstroom tot maximaal zes maanden (T1) en negen maanden na instroom (T2). Modelgetrouwheidsmetingen vonden plaats rond T1.

*Resultaten.* Deelnemers hebben een gemiddelde leeftijd van 20 jaar, een laag opleidingsniveau en merendeel is man. Boven-gemiddelde scores op lichamelijke en psychische klachten worden gerapporteerd. Geen van de vijf voorzieningen had een voldoende totale modelgetrouwheidscore. Wel waren er voldoende scores op de indicatoren caseload, teamkrachtbespreking en krachteninventarisatie die de kern van de methodiek raken. Voorlopige resultaten over effectiviteit suggereren minder middelengebruik onder jongeren in de experimentele conditie op T1.

*Conclusie.* Implementatie van Houvast in de begeleiding van zwerfjongeren kost tijd en vereist een overgang van probleemgericht naar krachtgericht denken en werken. Onvoldoende modelgetrouwheid beïnvloedt het kunnen aantonen van een mogelijk effect. Resultaten van Houvast op kwaliteit van leven en secundaire uitkomstmaten, gecontroleerd voor modelgetrouwheidscores, worden gepresenteerd en bediscussieerd.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Sessie 8: Verzamelde presentaties: Gezonde start

### Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg

B. Prinsen<sup>1</sup>, B. Prinsen<sup>1</sup>, P. Dam<sup>2</sup>, J. Steinbuch<sup>3</sup>

<sup>1</sup>De Opvoedzaak, Dronten

<sup>2</sup>Verdonck Klooster & Associates, Zoetermeer

<sup>3</sup>ActiZ, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Kan de zorg voor jeugd in het nieuwe jeugdstelsel op gemeentelijk niveau efficiënter? En wat kan dan de bijdrage van de jeugdgezondheidszorg daar aan zijn? Dat was de vraag voor de reviewstudie naar de kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg.

**Aanpak/methode.** Er is een review gedaan naar de kosteneffectiviteit van interventies ter preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek onder jeugdigen en gezinnen in Nederland. Van zes interventieprogramma's zijn ter illustratie de kosten en opbrengsten berekend. Dat betrof preventieve programma's - VoorZorg, kortdurende videohomotraining en Triple P - en drie vroegtijdige interventies bij beginnende problematiek van overgewicht (Door Dik en Dun), school- en ziekteverzuim (M@ZL) en meervoudige gezinsproblematiek (CJG4kracht).

**Resultaten/opbrengsten.** De kosten-baten verhouding varieerde sterk per interventie. Die liep uiteen van circa 400 per deelnemer voor de programma's Triple P en CJG4kracht tot 0,2 tot 5 keer de investering voor VoorZorg resp. M@ZL. Alleen in Nederland middels onderzoek vastgestelde effecten van de interventieprogramma's zijn meegenomen in de economische evaluatie. In het buitenland kennen sommige programma's (VoorZorg, Triple P) meer en grotere effecten.

**Conclusies/aanbevelingen.** Investeren in opvoeden en opgroeien loont, in het bijzonder door de inzet van effectieve preventieve interventies, door de toepassing van effectieve vroegtijdige interventies en in de derde plaats door middels duurzaam jeugdbeleid een (klein) verschil te bewerkstelligen voor een grote groep (collectieve preventie) of een groter verschil voor een doelgerichte, kleinere groep. Dat is de kernconclusie van deze review van Dam en Prinsen onder de titel "Investeren in opvoeden en opgroeien loont" in 2013 uitgegeven door ActiZ en GGD Nederland.

### Hoe denkt de bevolking van Zuid-Holland Zuid over vaccinatie?

E.R.W. Clevers

Dienst Gezondheid & Jeugd, Velden

**Achtergrond en doelstelling.** In de gezondheidsmonitor 2012 van de Dienst Gezondheid & Jeugd (voorheen GGD) is data verzameld van opvattingen over vaccinatie. De combinatie van deze informatie met de achtergrondkenmerken uit de vragenlijst biedt inzicht in beweegredenen voor al dan niet vaccineren. Dit inzicht is aanvullend op eerder onderzoek naar lage vaccinatiegraad en haar determinanten; dit gebruikte echter

doorgaans cijfers op gemeenteniveau, waarbij het percentage SGP-stemmers als ecologische marker voor afwijzing van vaccinatie werd gebruikt.

Bovendien zijn er signalen uit het veld dat de bekende reden voor vaccinatieafwijzing - geloofsovertuiging mogelijk niet meer op zichzelf dominant is, waardoor meer inzicht in achtergronden van belang is.

**Aanpak/methode.** In ZHZ kwamen 8189 vragenlijsten (i.e. 33% verstuurd lijst) retour van inwoners in de leeftijd van 19-65 jaar. Logistische regressiemodellen beschrijven de determinanten van niet-vaccineren en de volgende opvattingen: tegen vaccinatie vanwege het geloof, betutteling door de overheid, zeldzaamheid van de ziektes, niet ernstig zijn van ziektes. Ook is gevraagd naar angst voor bijwerkingen van vaccinaties.

**Resultaten/opbrengsten.** Ruim 3% (~10.000 mensen in Zuid-Holland Zuid) is tegen vaccinatie vanwege geloofsovertuiging. 8% heeft aangegeven de kinderen niet volledig gevaccineerd te hebben, wat per gemeente verschilt van 0 tot 25%.

Opvallend is het hoge percentage inwoners (één derde) dat enige onzekerheid aangeeft over bijwerkingen van vaccinaties, terwijl het merendeel hiervan wel vaccineert.

De resultaten met gecombineerde informatie over de opvattingen, het vaccineren en de achtergrondkenmerken presenteren we graag tijdens het congres.

**Conclusies en aanbevelingen.** De huidige studie geeft inzicht in de determinanten van vaccinatie, maar ook voor het eerst in opvattingen over vaccinatie op individueel niveau. Aan het licht komen verschillen tussen subgroepen die vaccinatie (deels) afwijzen. De karakteristieken van de subgroepen (bijvoorbeeld die van angst voor bijwerkingen) fungeren als aanknopingspunt voor gerichte interventie, en bieden zodoende perspectieven voor de volksgezondheid.

### Validiteit van triage in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar

W. Spijkers, A. Bakker, W. Spijkers, S.A. Reijneveld, A.F. de Winter  
Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

**Achtergrond.** Door triage in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan meer ruimte ontstaan om met de beschikbare tijd en capaciteit extra aandacht te besteden aan begeleiding van kwetsbare gezinnen. Echter, een wetenschappelijke onderbouwing van triage ontbreekt. Doel van deze studie was een basis te leggen voor effectieve triage in de JGZ 0-4 op de contactmomenten 2 en 3 jaar door 1) toepasbare beslisregels voor triage te ontwikkelen (triageprotocol) en 2) de validiteit van het ontwikkelde triageprotocol te onderzoeken.

**Methode.** In samenwerking met JGZ-medewerkers werden beslisregels voor een triageprotocol ontwikkeld gebaseerd op: een vragenlijst voor ouders (Ages and Stages Questionnaire en algemene vragen) en informatie uit het Digitaal Dossier JGZ over kind en gezin. De validiteit van de ontwikkelde beslisregels werd zowel cross-sectioneel als longitudinaal bepaald door de mate van overeenstemming tussen de uitkomst van het triageprotocol en de conclusies van de JGZ-medewerker tijdens de routine zorg na te gaan op twee consulten.

**Resultaten.** De helft van de aangeschreven ouders (respons 52%; n=918 2-jarigen en n=857 3-jarigen) deed mee aan het onderzoek. Volgens het - door JGZ-medewerkers positief



## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

gewaardeerde - triageprotocol kon één op de vier contactmomenten worden overgeslagen, volgens JGZ-medewerkers één op de vijf. De overeenkomst tussen de uitkomst op de beslisregels en het oordeel van de JGZ-medewerkers was voor de tweejarigen 67% en voor de driejarigen 68%, De Cohen's kappa's waren 0.078 en 0.099, respectievelijk.

Op de eerstvolgende meting gaat het met 80% van de kinderen met één of meer afwijkende beslisregels 'prima' tegenover 90% van de kinderen zonder afwijkende beslisregels ( $p < 0,05$ ). De sensitiviteit van de set beslisregels van de triagevragenlijst is hoog (0,86), maar de specificiteit laag (0,26).

**Conclusie.** Hoewel het triageprotocol positief werd gewaardeerd bleek het onvoldoende valide. Het protocol moet verder ontwikkeld worden om de validiteit te verbeteren en meer inzicht te krijgen in de toepassingsmogelijkheden ervan.

### Sessie 9: Verzamelde presentaties: Van alle leuke dingen wat

#### De leefomgeving en gezondheid. Een onderzoek onder Amsterdamse ouderen.

I. van Moorselaar<sup>1</sup>, R.T. van Strien<sup>1</sup>, U. Gehring<sup>2</sup>, M.B.A. Dijkema<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GGD Amsterdam, Amsterdam

<sup>2</sup>Universiteit Utrecht, Utrecht

**Doelstelling.** GGD'en adviseren gemeenten over gezondheids-effecten van de woonomgeving. Zij baseren zich daarbij op bestaande wetenschappelijke kennis over associaties tussen bijvoorbeeld luchtverontreiniging of geluid en gezondheid. Doel van deze studie is meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen verkeersgerelateerde luchtverontreiniging, geluid en aanwezigheid van groen nabij de woning en de gezondheid. **Methode.** Tienduizend Amsterdamse ouderen (65-70 jr) is gevraagd een vragenlijst in te vullen over, o.a. leefstijl, ervaren gezondheid, respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen en kenmerken van woning en woonomgeving (respons 46,6%). Woonadressen waren bekend waardoor het mogelijk was om blootstelling aan stikstofdioxide, verkeerslawaai en groen te schatten door middel van Geographic Information Systems (GIS). Door middel van logistische regressie werd gecorrigeerd voor sociaal economische status, burgerlijke staat, geslacht, etniciteit, Body mass index en roken.

**Resultaten.** Verkeerslawaai was geassocieerd met geluidshinder (OR (95%-CI) 3.47 (2.70-4.46) en 7.23 (5.37, 9.72) voor respectievelijk 55-65 en >65 dB(A) t.o.v. <55 dB(A)) en slaapverstoring. Aanwezigheid van groen had geen verstoring effect en leidde niet tot effectmodificatie. Stikstofdioxideblootstelling was geassocieerd met longaandoeningen (toename per 5 µg/m<sup>3</sup> NO<sub>2</sub> : 1.08 (1.00-1.17)). Bij mensen met <25% groen nabij de woning bleek het effect van NO<sub>2</sub> het sterkst (1.53 (1.06-2.23)), bij mensen met ≥ 25% groen was het verband niet statistisch significant. Voor hart- en vaataandoeningen waren er geen significante associaties met luchtverontreiniging, groen en lawaai.

**Conclusies.** Bekende associaties tussen gezondheid en luchtverontreiniging of geluid konden grotendeels worden gereproduceerd, en bleken onafhankelijk van elkaar. Er werden geen associaties gevonden tussen groen en gezondheid welke

niet verklaard konden worden door luchtverontreiniging of geluid. Buiten effectmodificatie door groen op de associatie tussen luchtverontreiniging en longaandoeningen werden er geen aanwijzingen gevonden voor effectmodificatie door groen.

#### Klimaatverandering en hittestress bij psychiatrische patiënten

C.M.J. Jacobs, L.W.A. van Hove, E.J. Moors, S.J.M. Nowak, R.P.A. Snep, C.Q. Wentink

Wageningen UR, Wageningen

**Achtergrond en doelstelling.** Klimaatscenario's suggereren dat hittegolven in de toekomst vaker voorkomen en langer duren. Dat kan leiden tot toenemende hittestress en verhoogde mortaliteit onder de bevolking. In steden blijven de nachttemperaturen relatief hoog en zijn dergelijke effecten extra voelbaar. Verhoogde mortaliteit wordt vooral verwacht bij kwetsbare stadsbewoners, waaronder psychiatrische patiënten. Deze studie verkent voor deze groep stadsbewoners de gevolgen van toenemende hitte en doet suggesties voor mitigatie van negatieve effecten.

**Methode.** Via een analyse van het hedendaagse klimaat is het huidige thermische comfort in Nederlandse steden bepaald. Vervolgens zijn effecten van klimaatverandering op thermisch comfort en hittestress geschat. De kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten voor hittestress is door literatuurstudie in kaart gebracht. Mitigatiemaatregelen tegen hittestress komen uit internationaal onderzoek naar de meerwaarde van groen voor klimaatadaptatie.

**Resultaten.** In het hedendaagse klimaat is in Nederlandse steden op een beperkt aantal dagen sprake van hittestress. Gezien de huidige karakteristiek van thermisch comfort kan het aantal dagen met hittestress in de toekomst snel oplopen. De wetenschappelijke literatuur is niet eenduidig over kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten voor hitte maar tendeeft naar een verhoogde kans op overlijden. Over het mechanisme achter deze kwetsbaarheid is weinig bekend. Dit impliceert extra onzekerheid over toe te passen drempelwaarden voor thermisch comfort en hittestress. Daardoor is vooral bij psychiatrische patiënten kwantificering van de omvang en intensiteit van het hittestress-probleem en reductie daarvan door adaptatiemaatregelen lastig. Wel blijkt in groene stadsomgevingen de hittestress over het algemeen minder te zijn. **Conclusies en aanbevelingen.** Toenemende hittestress bij psychiatrische patiënten is vooral in steden een aandachtspunt. Meer onderzoek naar hun extra gevoeligheid en het achterliggend mechanisme is nodig om thermisch comfort van psychiatrische patiënten goed te kunnen schatten en hen te beschermen tegen hitteproblemen. Aandacht voor groen in de zorgomgeving kan in ieder geval helpen om negatieve gevolgen van hitte te verminderen.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## 'Effecten van Vroegtijdige Zorgplanning op zorg in de laatste levensfase: een systematische review'

A. Brinkman-Stoppelenburg, A. Overbeek, F.E. Witkamp, J.A.C. Rietjens, A. van der Heide  
Erasmus MC, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Vroegtijdige Zorgplanning is een proces waarin voorkeuren van patiënten omtrent medische behandelingen rond het levenseinde systematisch worden besproken en vastgelegd, voor als zij hiertoe later niet meer in staat zouden zijn. Ondanks een toenemende vraag naar Vroegtijdige Zorgplanning is er nog veel discussie over geschikte uitkomstmaten en effecten.

**Aanpak/ methode.** Wij hebben systematisch naar experimentele en observationele studies gezocht die tussen 2000 en 2013 zijn gepubliceerd en die de effecten van Vroegtijdige Zorgplanning hebben onderzocht. Hierbij werden de databases PubMed, Embase en PsycInfo geraadpleegd.

**Resultaten/ Opbrengsten.** Van 3571 artikelen betroffen er 113 relevante studies. De meeste studies waren observationeel van aard (95%), waren uitgevoerd in de Verenigde Staten (81%), in ziekenhuizen (49%) of verpleeghuizen (32%). Niet-reanimeer- verklaringen (39%) en schriftelijke wilsverklaringen (34%) werden het meest onderzocht. Vroegtijdige Zorgplanning leidde vaak tot een afname van de inzet van levensverlengende behandelingen en ziekenhuisopnames en tot meer gebruik van hospicezorg. Complexe Vroegtijdige Zorgplanning -interventies leken vaker te leiden tot behandelingen die in overeenstemming waren met wensen van de patiënt. Wat betreft tevredenheid met zorg en last van symptomen werden gemengde resultaten gevonden.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Onderzoek naar effecten van Vroegtijdige Zorgplanning betreft diverse soorten interventies, in verschillende instellingen en populaties, en met verschillende uitkomstmaten. Er is enig bewijs dat Vroegtijdige Zorgplanning positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg in de laatste levensfase. In vergelijking met schriftelijke documenten lijken complexe Vroegtijdige Zorgplanning -interventies effectiever in het bereiken van zorg die past bij de wensen van de patiënt. Om de waarde van Vroegtijdige Zorgplanning vast te stellen zijn meer experimentele studies nodig. Op basis van deze gegevens is in het Erasmus MC in samenwerking met Laurens Rotterdam een cluster gerandomiseerde studie (RCT) gestart om de effecten en kosten van Vroegtijdige Zorgplanning bij ouderen te onderzoeken.

## Kwaliteit van praktijkondersteuners' adviezen over gezond afvallen

S.M.E. Dillen<sup>1</sup>, J. Noordman<sup>2</sup>, S. van Dulmen<sup>2</sup>, G.J. Hiddink<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Wageningen Universiteit, Wageningen  
<sup>2</sup>Nivel, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Praktijkondersteuners zijn speciaal opgeleide verpleegkundigen, die praktische steun bieden aan huisartsen bij de zorg aan chronisch zieken. Zo delegeren huisartsen leefstijladvies aan praktijkondersteuners. Patiënten met overgewicht ontvangen van praktijkondersteuners adviezen over gewicht, voeding en/of lichaamsbeweging. Het is

onbekend wat de kwaliteit hiervan is. In dit onderzoek staan de door de praktijkondersteuners toegepaste communicatiestijlen en geformuleerde gedragsdoelen centraal.

**Aanpak/methode.** Het NIVEL maakte video-opnamen van consulten tussen praktijkondersteuners en patiënten. Voor het huidige onderzoek van de Wageningen Universiteit/NIVEL werden daaruit 100 alledaagse consulten tussen praktijkondersteuners en patiënten met overgewicht geselecteerd. Deze consulten werden geobserveerd met behulp van een speciaal ontwikkelde observatielijst. De kwaliteit van adviezen werd gemeten met items over communicatiestijlen. Verder werd de kwaliteit van adviezen gemeten middels het 5A's Model (Whitlock et al., 2002). Het 5A's Model onderscheidt vijf stappen (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange), die idealiter alle vijf door een gezondheidsprofessional ingezet dienen te worden. Daarnaast werden gewenste gedragsdoelen, die praktijkondersteuners formuleerden, op de observatielijst geregistreerd.

**Resultaten/opbrengsten.** De meeste praktijkondersteuners gebruikten een motiverende communicatiestijl, wanneer de discussie ging over gewicht of over lichaamsbeweging. Wanneer er echter over voeding gesproken werd, dan gebruikten ze meestal een informerende communicatiestijl. Praktijkondersteuners gebruikten één of meer van de 5A's, voornamelijk het meten van huidig gedrag (Assess) en het maken van vervolgspraken (Arrange). Het ondersteunen bij belemmeringen (Assist) kwam zelden voor, Advise en Agree vaker. Gewenste gedragsdoelen werden in de helft van de consulten geformuleerd, met name over voeding.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Door combinatie van verschillende communicatiestijlen binnen een consult kan de kwaliteit van adviezen over gezond afvallen sterk verbeterd worden. Belangrijk is dat praktijkondersteuners hun patiënten met overgewicht ondersteunen bij het benoemen van bevorderende en belemmerende factoren, zoals motivatie en emotionele zaken. Bovendien dienen praktijkondersteuners meer gedegen implementatie-intenties rondom gezond afvallen te formuleren, onderbouwd met wanneer, waar- én hoe-element.

## Sessie 10: Gezondheid in de actualiteit

### Sessie 11: Symposia: Arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking; kansen en dilemma's

#### Arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking; kansen en dilemma's

M. Rijken, T. Meulenkamp  
NIVEL, Utrecht

**Eerste auteurs en titels.** Tineke Meulenkamp. Wens of werkelijkheid; kan de arbeidsparticipatie van mensen met een lichamelijke beperking omhoog?

Geeke Waverijn. Onbetaald werk door mensen met een ziekte of beperking: opstap naar betaald werk en welbevinden?

Mieke Rijken. Maak werk van werk, voordat het een probleem wordt.

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

Daphne Jansen. Een chronische ziekte komt zelden alleen; de gevolgen voor arbeidsparticipatie.

*Voorzitter.* Mieke Cardol

*Achtergrond.* Deelname aan betaalde en onbetaalde arbeid is zowel voor de maatschappij als voor het individu van groot belang. Bevordering van de arbeidsparticipatie staat hoog op de beleidsagenda van de Nederlandse overheid, waarin de burger zelf actief vorm geeft aan zijn/haar participatie. Het is de vraag hoe dit invulling krijgt bij mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte. Leven met een chronische ziekte of een lichamelijke beperking is voor een toenemend aantal mensen in Nederland realiteit. Wat zijn de (on)mogelijkheden voor hen om actief deel te (blijven) nemen in betaalde en onbetaalde arbeid? Het onderzoek binnen het NIVEL onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking' biedt verschillende aanknopingspunten voor deze discussie.

*Doel.* Meer inzicht in de kansen en dilemma's voor arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking.

*Opbouw.* De eerste twee presentaties bieden inzicht in de mate waarin mensen met een chronische ziekte of beperking participeren in (on)betaalde arbeid. Vanuit de participatiebehoefte van mensen en de mogelijkheid om vrijwilligerswerk te gebruiken als opstap naar betaald werk, wordt vervolgens gekeken naar het groeipotentieel. Hierbij is aandacht voor benodigde ondersteuning en welbevinden. De laatste twee presentaties gaan vervolgens dieper in op ziektekenmerken die een rol kunnen spelen bij arbeidsparticipatie; de rol van de ziektegeschiedenis en de impact van meervoudige gezondheidsproblematiek. In de aansluitende discussie zal worden ingegaan op de betekenis voor onderzoek en beleid.

### **Wens of werkelijkheid; kan de arbeidsparticipatie van mensen met een lichamelijke beperking omhoog?**

*T. Meulenkamp, M. Cardol*

*NIVEL, Utrecht*

*Achtergrond en doelstelling.* Het is belangrijk om kennis te hebben over hoe het staat met de arbeidsparticipatie van mensen met een lichamelijke beperking. Het is immers bekend dat de participatiegraad van mensen met beperkingen in betaald werk en vrijwilligerswerk een stuk lager is dan die in de algemene bevolking. Het is de vraag of alle inspanningen van de afgelopen jaren ertoe hebben geleid dat mensen met een beperking meer zijn gaan participeren. En hierop aansluitend, of er groeipotentieel is vanuit de behoefte van mensen om te participeren in (on)betaalde arbeid en de benodigde ondersteuning. We onderzochten hiertoe het volgende:

- de ontwikkeling in participatie in betaald werk en vrijwilligerswerk in de periode 2008-2012;
- de behoefte om betaald werk en vrijwilligerswerk te doen bij mensen die dit nu niet doen;
- de benodigde ondersteuning om betaald werk of vrijwilligerswerk te kunnen doen.

*Methode.* We analyseerden zelfgerapporteerde gegevens van 1868 (2008), 2094 (2009), 2163 (2010), 2034 (2011), 1951 (2012) deelnemers met een lichte, matige of ernstige licha-

melijke beperking uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, middels een logistisch regressiemodel en beschrijvende statistiek.

*Resultaten.* De participatie in betaald werk van mensen met een lichamelijke beperking is in de periode 2008-2012 gelijk gebleven; de participatie in vrijwilligerswerk is in dezelfde periode iets toegenomen. Bijna een kwart van de mensen met een beperking die nu geen betaald werk heeft zou dit wel willen, bijna één op de tien mensen zou vrijwilligerswerk willen doen. Mensen hebben met name flexibele werktijden en werk dichtbij huis nodig om betaald werk of vrijwilligerswerk te kunnen doen.

*Conclusie.* Vanuit de behoefte van mensen met een lichamelijke beperking is er groeipotentieel voor de participatie in betaald werk en vrijwilligerswerk, waarbij de omgeving voldoende toegerust moet zijn om dit mogelijk te maken.

### **Onbetaald werk door mensen met een ziekte of beperking: opstap naar betaald werk en welbevinden?**

*G. Waverijn, J. van der Veer, M. Rijken*

*NIVEL, Utrecht*

*Achtergrond.* In de huidige samenleving is veel aandacht voor het doen van onbetaald werk (vrijwilligerswerk of mantelzorg), naast betaald werk. Vrijwilligerswerk kan voor mensen met een chronische ziekte of beperking een mogelijkheid zijn om zich te ontplooien of vaardigheden te benutten. Vrijwilligerswerk zou kunnen bijdragen aan het welbevinden, en kan ook een opstap zijn naar een betaald werk. Ook mantelzorg zou kunnen bijdragen aan welbevinden, maar kan ook belastend zijn en hierdoor een hindernis kunnen zijn voor het verrichten van betaald werk.

- Hangt het doen van onbetaald werk (vrijwilligerswerk of mantelzorg) door mensen met een chronische ziekte of beperking samen met de kans dat zij betaald werk verrichten? - Draagt het doen van onbetaald werk (in combinatie met betaald werk) bij aan het welbevinden (tevredenheid, geluk) van mensen met een chronische ziekte of beperking?

*Methode.* We analyseerden gegevens die in 2010 en 2011 werden gerapporteerd door deelnemers aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (N=1375 mensen met een chronische ziekte of beperking, 15 t/m 64 jaar), via regressieanalyse.

*Resultaten.* Mensen met een chronische ziekte of beperking (zonder betaald werk) die vrijwilligerswerk deden hadden een jaar later niet vaker betaald werk dan degenen die geen vrijwilligerswerk deden. Het verlenen van mantelzorg bleek afhankelijk te zijn van het aantal uren dat men in een betaalde baan werkte. Noch het doen van vrijwilligerswerk noch het verlenen van mantelzorg bleek verband te houden met de tevredenheid met het leven of het zich gelukkig voelen.

*Conclusie.* We vonden geen aanwijzingen dat vrijwilligerswerk voor mensen met een chronische ziekte of beperking een opstap kan zijn naar een betaalde baan. Het doen van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg leidt ook niet zondermeer tot een beter welbevinden. In de discussie zal worden ingegaan op de voorwaarden en factoren die daarbij waarschijnlijk een rol spelen.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Maak werk van werk, voordat het een probleem wordt

M. Rijken, J. Netjes, P. Spreuwenberg  
NIVEL, Utrecht

*Achtergrond.* Hoewel de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met chronische ziekten of beperkingen in Nederland fors lager is dan onder de algemene bevolking, zijn ook binnen deze groep grote verschillen. Zo kunnen mensen die een even goede of slechte gezondheid ervaren - en ook op andere vlakken veel gemeen hebben - toch flink van elkaar verschillen in hun deelname aan het arbeidsproces. Waarschijnlijk is niet zozeer hun huidige gezondheidstoestand, maar veeleer die in het verleden bepalend voor de huidige arbeidssituatie. Om meer zicht hierop te krijgen, onderzochten we de rol van de volgende factoren:

- bij mensen met chronische ziekten: de leeftijd waarop en het (historische) jaar waarin de chronische ziekte werd gediagnosticeerd en de ziekteduur;
- bij mensen met lichamelijke beperkingen: de periode in hun leven waarin de beperkingen ontstonden en de ontwikkeling van die beperkingen sindsdien.

*Methode.* We analyseerden medische en zelfgerapporteerde gegevens van deelnemers aan het Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten (4634 mensen met chronische ziekten; 992 mensen met lichamelijke beperkingen) met behulp van logistische regressie-analyse (afhankelijke variabele: wel/niet betaald werk).

*Resultaten.* Zowel de leeftijd bij diagnose als de ziekteduur zijn van voorspellende waarde voor de arbeidssituatie van mensen met chronische ziekten, maar dit is meer het geval bij mannen dan bij vrouwen. Bovendien speelt het type chronische ziekte een rol. Bij mensen met beperkingen bleek het moment van ontstaan van de beperkingen niet voorspellend. Maar mensen bij wie de beperkingen sindsdien waren verergerd hadden een kleinere kans op arbeidsdeelname, ongeacht de aard en ernst van de beperkingen op het moment van het meten van de arbeidssituatie.

*Conclusie.* Om uitval uit het arbeidsproces te voorkomen, is het belangrijk dat huisartsen en andere zorgverleners in een zo vroeg mogelijk stadium proactief aandacht besteden aan het thema 'werk' bij mensen met een chronische ziekte of beperking.

## Een chronische ziekte komt zelden alleen; de gevolgen voor arbeidsparticipatie

D. Jansen, G. Waverijn, M. Rijken  
NIVEL, Utrecht

*Achtergrond.* Onder mensen met een chronische ziekte blijft de arbeidsparticipatie sterk achter in vergelijking met de totale beroepsbevolking. Steeds meer chronisch zieken hebben meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multi-morbiditeit). Bovendien kampen chronisch zieken vaak met fysieke en/of mentale problemen. Deze meervoudige problematiek heeft mogelijk extra impact op de arbeidsparticipatie. Om meer zicht hierop te krijgen, hebben we onderzocht:

- welk percentage van mensen met multi-morbiditeit participeert op de arbeidsmarkt, en of dit verschilt met het

percentage mensen dat één chronische aandoening en betaald werk heeft;

- In hoeverre, naast de chronische ziekte(n) zelf, fysieke en/of mentale problemen een rol spelen bij arbeidsparticipatie.

*Methode.* Voor de studie maakten we gebruik van gegevens van deelnemers aan het Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten (NPCG), met een chronische somatische ziekte in de leeftijd van 15 t/m 65 jaar. Voor onderzoeksvraag 1 werden gegevens van 963 mensen, verzameld in 2011, geanalyseerd. Voor onderzoeksvraag 2, analyseerden we gegevens (o.a. RAND-36) van 729 mensen, met behulp van logistische regressie-analyse (afhankelijke variabele: wel/niet betaald werk).

*Resultaten.* In 2011, werkte 25% van de mensen met twee, en 18% van de mensen met drie of meer chronische ziekten. Dit laatste percentage is significant lager dan het percentage mensen met één chronische ziekte dat betaald werk had in 2011 (30%). Chronisch zieken met een slechter fysiek functioneren hadden een kleinere kans op het hebben van betaald werk (significant hoofdeffect). Opvallend is dat het ervaren van minder pijn eveneens de kans op betaald werk verlaagde (significant hoofdeffect). Echter, naarmate het mentaal functioneren van mensen beter was, bleek minder pijn juist gepaard te gaan met betaald werk (significant interactie effect).

*Conclusie.* Chronisch zieken met meerdere gezondheidsproblemen zijn een extra kwetsbare groep als het gaat om werk. Het is belangrijk dat zorgverleners hier zich bewust van zijn en dat het ondersteuningsaanbod hierop wordt toegespitst.

## Sessie 12: Symposia: Praktijkervaringen met gebiedsgericht werken in de G4

### Praktijkervaringen met gebiedsgericht werken in de G4

J.F. Flinterman, M. Schönenberger  
GGD Amsterdam, Amsterdam

*Samenvatting.* De afgelopen jaren zijn steeds meer gemeenten en GGD'en gebiedsgericht gaan werken. Maar wat betekent dat? De Handreiking Gezonde Wijk van het CGL geeft als kenmerken van een gebiedsgerichte aanpak van gezondheidsbevordering dat

- wijkbewoners centraal staan,
  - gekozen wijkprogramma's voor de bevordering van de gezondheid integraal vorm worden gegeven,
  - er sprake is van samenwerking tussen professionals en (formele en informele) hulpverleners in de wijk, en
  - de eigen kracht van bewoners wordt versterkt (empowerment).
- Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering focust op bewonersgerichte vraagstukken binnen de context van een wijk of buurt. Activiteiten moeten dan ook goed aansluiten bij lokale behoeften en het gezondheidsprofiel van wijkbewoners. Ook de vier grote steden investeren in een meer gebiedsgerichte aanpak van gezondheidsproblemen. In dit symposium wordt verkend hoe de vier grote steden invulling geven aan deze aanpak. Daarbij staan de volgende vragen centraal:
- Wat is de lokale context?
  - In hoeverre en hoe krijgen bovengenoemde kenmerken vorm?

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

- Wat betekent wijkgericht werken voor een stad in zijn geheel? Kunnen lokale samenwerkingsverbanden ook over de grenzen van de wijk vruchten afwerpen?

Deze en meer vraagstukken worden door gezondheidsbevoorwaarden GGD van de vier grote steden bediscussieerd. Ze presenteren praktijkvoorbeelden van geslaagde burgerparticipatie en samenwerkingsverbanden, leggen knelpunten bloot en bespreken succesfactoren bij het vormgeven van een integrale gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de wijk en in de stad.

*Doel van het Symposium.* Meer inzicht geven in de praktijk van integrale, gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de wijk en wat deze aanpak voor de stad kan betekenen.

*Opbouw van het symposium en samenhang tussen de individuele presentaties.* Het symposium bestaat uit vier samenhangende presentaties van 10 minuten, elk gevolgd door 5 minuten discussie. Na de presentaties volgt een plenaire slotdiscussie van 30 minuten waarbij nader ingezoomd wordt op gedeelde ervaringen, knelpunten en mogelijke oplossingen.

### Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4 - praktijkervaringen in Amsterdam

*M. Schönerberger, J.F. Flinterman  
GGD Amsterdam, Amsterdam*

*Achtergrond.* Angst en depressie vormen een grote bedreiging voor de gezondheid van Amsterdammers, met name in wijken waar het percentage kwetsbare bewoners groot is. Daarom zet GGD Amsterdam zich samen met GGZ aanbieders en stadsdelen in op een gebiedsgerichte, integrale preventie van psychosociale problemen. Pilotwijken zijn Sloterveer en Osdorp in Nieuw West en Transvaalbuurt en Ambonpleinbuurt in Oost.

*Aanpak.* In de wijken is een groot aanbod aan formele en informele zorg en welzijn gericht op het terugdringen van angst- en depressieklachten bij kwetsbare bewoners. De gebiedsgerichte aanpak zet in op het versterken en beter benutten van dit aanbod, door een betere afstemming tussen vraag en aanbod, een betere toegankelijkheid van het aanbod, en het onderling verbinden van lokale partijen en initiatieven. Dit alles samen met professionals en hulpverleners in de wijk en met buurtbewoners. Daarnaast spelen verbindingen met stedelijke diensten een belangrijke rol.

*Resultaten.* Ondanks de overeenkomende doelstelling en globale aanpak, kent de praktijk van het gebiedsgericht werken duidelijke verschillen per wijk. In Nieuw West ligt de focus meer op gezondheidsprogramma's en -structuren, in Oost meer op civil society en het netwerk van informele, sociale initiatieven. Overeenkomstige knelpunten zijn: moeilijk bereiken van de doelgroep, zwakke verbindingen tussen formeel en informeel aanbod en onzekerheden die gepaard gaan met de komende veranderingen in financiering van zorg en welzijn en de herstructurering van de GGZ.

*Voortgang.* Inmiddels heeft de GGD in beide stadsdelen vraag en aanbod aan psychosociale preventie globaal in kaart gebracht en wordt nu volop ingezet op het versterken van netwerken en leggen van verbindingen. Daarbij vormen de doelgroepen de leidraad.

Van de ervaringen in de beide stadsdelen wordt geleerd voor

het toepassen van gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in andere stadsdelen en wijken en voor de stad Amsterdam als geheel.

### Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4 - praktijkervaringen in Rotterdam

*A.B.M.J. Straver  
GGD Rotterdam, Rotterdam*

*Achtergrond.* In Rotterdam gaan mensen in de slechtste wijken gemiddeld 7 jaar eerder dood en leven gemiddeld 15 jaar minder lang in goede gezondheid dan mensen in de beste wijken. Deze gezondheidsverschillen waren voor het college van Rotterdam in 2010 aanleiding om opdracht te geven voor de uitvoering van het programma Samen Werken aan een Goede Gezondheid (SWGG) en tot het formuleren van de volgende ambitieuze doelstelling:

Aan het eind van deze collegeperiode is de gemiddelde ervaren gezondheid in tenminste twee achterstandswijken met 10% verbeterd ten opzichte van 2010.

*Aanpak.* In het SWGG-programma werd extra ingezet op 6 van de meest ongezonde wijken van Rotterdam, in twee richtingen conform het model van Dahlgren en Whitehead vanuit de omgevingsdeterminanten en vanuit de mensen zelf (bottom-up) De bottom-up aanpak bestond uit het motiveren en stimuleren van bewoners om initiatieven te ontplooiën die de gezondheid verbeteren. Dit heeft veel lokale leefstijlinitiatieven gericht op bewegen, gezond eten etc. opgeleverd.

*Resultaten.* Veranderingen in ervaren gezondheid worden gemeten in de Sociale Index. Tussentijdse cijfers laten zien dat in 2012 de gemiddelde ervaren gezondheid van alle Rotterdammers gedaald was met 8%. Vooral in achterstandswijken was een achteruitgang te zien. In twee van de drie SWGG-targetwijken was echter een stijging van ervaren gezondheid te zien; in de derde targetwijk bleef deze gelijk. In de presentatie gaan we verder in op do's en don'ts voor een succesvolle bottom-up aanpak. Een belangrijke succesfactor is het zoeken naar de juiste fit tussen bewonersbelangen en belangen van het gezondheidsbeleid.

*Voortgang.* Met de beëindiging van deze collegeperiode, eindigt ook de SWGG-aanpak. Wat geleerd is wordt echter meegegeven aan het nieuwe college. Gezondheidsbevordering heeft een plaats in het nieuwe wijkgerichte toegangsmodel voor zorg en ondersteuning. Daarnaast wordt sterk ingezet op de samenwerking met zorgverzekeraars in 4 pilotwijken.

### Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4- praktijkervaringen in Den Haag

*L. Remmers<sup>1</sup>, C.M.J. Kraetzer<sup>2</sup>, B. Middelkoop<sup>3</sup>, V. Atema<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Dienst OCW, Gemeente Den Haag, Den Haag

<sup>2</sup>GGD Haaglanden, Den Haag

<sup>3</sup>Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid Holland, DEN HAAG, Nederland

<sup>4</sup>LUMC, Leiden

*Achtergrond.* Achterstandswijken worden gekenmerkt door een hoog percentage inwoners met een laag opleidingsniveau en

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

inkomen, en met een verhoogd risico op ziektes als diabetes, hart- en vaatproblemen, COPD, overgewicht en depressie. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van problematiek en van taal- en cultuurverschillen. In 2008 is de gemeente gestart met de Haagse Wijk aanpak gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

**Aanpak.** De GGD voert een aantal wijkgerichte projecten uit, waarin wordt samengewerkt met welzijn, jeugdgezondheidszorg, bewonersorganisaties, woningbouwverenigingen, stadsdelen, gezondheidsmakelaars en eerste lijn. De ervaring leert dat iedere wijk een specifieke aanpak vereist, afhankelijk van doelgroep en omgevingsdeterminanten.

**Knelpunten.** Hulpverleners zien de gevolgen van ongezond gedrag in samenhang met psychosociale problematiek, bewoners voelen zich niet altijd in staat hier iets aan te veranderen. Adviezen en gestructureerde leefstijlprogramma's bereiken de doelgroep niet of zijn onvoldoende effectief. Samenwerking tussen wijkpartijen en bewoners is noodzakelijk, een adequaat netwerk en commitment in de wijk zijn vereist. Eigenaarschap kan een knelpunt vormen, waarbij het risico bestaat dat activiteiten weer verdwijnen wanneer de GGD zich terugtrekt. Wijkgericht werken is daarmee intensief en vaak afhankelijk van personen en verhoudingen tussen wijkorganisaties.

**Oplossingen.** Op basis van deze signalen is gestart met de Gezondheidsdialoog. De intentie is een community based aanpak te ontwikkelen en een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de gezondheid. Dit is een samenwerking tussen LUMC, gemeente/GGD, Xtra-welzijn en gezondheidscentra. Middels participatief actieonderzoek worden in twee wijken in een verkenningsfase (aparte en gezamenlijke focusgroepen met wijkbewoners en professionals) signalen verkend, en in de actiefase worden deze signalen uitgewerkt tot initiatieven. Met deze methodiek wordt getracht om zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van wijkbewoners te stimuleren, en bovendien leefstijl, omgevingsfactoren én zorgvoorzieningsfactoren te verbeteren. De initiatieven worden gedragen door wijkbewoners en professionals, en er is aandacht voor borging in de wijk.

### Gebiedsgerichte gezondheidsbevordering in de G4 - praktijkervaringen in Utrecht

J. Gootzen, M.H. Borst

Gemeente Utrecht Volksgezondheid, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** GG&GD Utrecht kiest sinds 6 jaar voor een wijkgerichte aanpak van gezondheidsbevordering. In vier krachtwijken, waar de gezondheidsachterstand van de bewoners het grootst is, wordt volgens een Gezonde Wijk aanpak gewerkt langs vier sporen: gezond meedoen, gezonde leefstijl, gezonde leefomgeving en toegankelijke zorg en ondersteuning. In iedere wijk is een kernteam bestaande uit procesregisseur, wijkgezondheidswerker en gezondheidsvoorlichter actief om de gezondheid van de bewoners in deze wijken te verbeteren.

**Aanpak.** De wijkgerichte gezondheidsbevordering volgt een community aanpak waarin wordt aangesloten bij de motivatie en mogelijkheden van bewoners en partners in de wijk, door:

- verkennen van leefwereld en gezondheidsvragen van bewoners

- signaleren van mogelijkheden voor gezondheidsbevordering
- samenwerken met partners op regie en uitvoering
- implementeren van interventies in aansluiting op mogelijkheden van bewoners/intermediaren
- bereik aanbod vergroten door versterking verbindingen tussen bewoners en partners
- agendasetting gezondheid/ preventie

**Resultaten.** In de vier krachtwijken heeft het wijkgezondheidswerk nauwe samenwerking opgebouwd met eerstelijns, welzijn, GGZ-preventie, en sportstimulering. Jaarlijks worden 600-1500 bewoners bereikt door een scala van activiteiten.

Werken aan gezondheidsbevordering in een aandachtswijk vraagt naast een langdurige inzet ook om aansluiting op de verschillende dynamieken in de 4 aandachtswijken. In de presentatie komen geleerde lessen rondom netwerk, visievorming en gezondheidsbevordering in de praktijk aan bod. Zo kunnen o.a. levende sociale kaartbijeenvakkomsten bijdragen aan netwerkvorming in de wijk, werkt een positieve insteek op een thema zowel bij professionals en bewoners motiverend en kunnen tools als de fit- en gezondheidsmetingen in combinatie met het formuleren van persoonlijke gezondheidsdoelen bijdragen aan bewustwording en gedragsverandering.

**Voortgang.** In Utrecht wordt de bewonersparticipatie van en inzet op hun eigen kracht steeds belangrijker in de toekomst. In de presentatie komen randvoorwaarden, mogelijkheden en grenzen van een community aanpak aan bod, zoals naar voren gekomen in de ervaringen in Utrecht.

### Sessie 13: Symposia: Gecombineerde leefstijlinterventies in de eerste lijn: leerpunten

#### Gecombineerde leefstijlinterventies in de eerste lijn: leerpunten

S.P.J. Kremers<sup>1</sup>, A. Wagemakers<sup>2</sup>, B.A.J. Berendsen<sup>1</sup>, G.M. Rutten<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>2</sup>Health & Society (HSO) Wageningen University, Department of Social Sciences, Wageningen

Voorzitter. Prof. dr. Stef Kremers

Auteurs en titels.

1. G. Rutten; Leidt leefstijlcoaching tot meer autonome motivatie en gezonder gedrag bij deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie.
2. B. Berendsen; Evaluatie van de uitvoering van een gecombineerde leefstijlinterventie in de eerste lijn.
3. M. Hendriks; Kosteneffectiviteit van het Opstart beweegprogramma versus Begeleid beweegprogramma van de BeweegKuur.
4. A. Wagemakers; Samenwerken in BeweegKuur netwerken: successen en uitdagingen.

**Achtergrond.** Overgewicht en obesitas zijn geassocieerd met toegenomen gezondheidsrisico's zoals Diabetes Mellitus type 2 en hart en vaatziekten, wat leidt tot een verminderde kwaliteit van leven, toegenomen zorggebruik en gerelateerde kosten. Om dit te voorkomen zijn gecombineerde leefstijlinterventies (GLIs) ontwikkeld gericht op het verbeteren van fysieke activiteit en gezonde voeding. Om deze GLIs te optimaliseren

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

is kennis nodig van de factoren die de implementatie van GLIs belemmeren en bevorderen.

*Doel.* Dit symposium heeft als doel inzicht te geven in aspecten die gerelateerd zijn aan succes of falen van breed geïmplementeerde GLIs.

*Opbouw.* Allereerst wordt de uitvoering van zorgverleners in een GLI geëvalueerd en de relatie van deze uitvoering met verandering van voeding en/of beweeggedrag en motivatie hiervoor. De studie geeft inzicht in verbeterpunten voor interventies. De tweede spreker zal ingaan op de uitvoerbaarheid van de leefstijlinterventie, en factoren die hierop van invloed zijn. Vervolgens laten de resultaten van een economische evaluatie in een cluster RCT zien dat ook duurdere programma's kosteneffectieve oplossingen kunnen zijn. De vierde presentatie exploreert successen en uitdagingen van samenwerkingsprocessen in GLI-netwerken. De studie laat zien waarom sommige netwerken meer succes hebben dan andere. De voorzitter zal het symposium afronden met een samenvatting van de leerpunten vertaald naar uitdagingen voor optimalisatie van implementatie van GLIs in de eerstelijnsgezondheidszorg.

### **Leidt leefstijlcoaching tot meer autonome motivatie en gezonder gedrag bij deelnemers aan een gecombineerde leefstijlinterventie?**

*G.M. Rutten, B.A.J. Berendsen, J.J.M. Meis, S.P.J. Kremers  
Universiteit Maastricht, Maastricht*

*Achtergrond/Doelstellingen.* Gecombineerde leefstijlinterventies (GLI) zijn effectief in het verbeteren van energie balans gerelateerd gedrag bij mensen met overgewicht en obesitas. Voor het volhouden van dit gedrag is het van belang dat deelnemers aan een GLI autonoom gemotiveerd zijn. In dit onderzoek is de implementatie van een GLI vastgesteld door de betrokken zorgprofessionals te monitoren in de uitvoering van hun taken. Van de deelnemers is de verandering in hun voedings- en beweeggedrag vastgesteld en de relatie tussen leefstijlcoaching (LSC) en veranderingen in de kwaliteit van de motivatie om gezond te eten en meer te bewegen.

*Methode/Aanpak.* Op 29 locaties in Nederland zijn 184 deelnemers geïncludeerd en ingedeeld in een laag intensief (LSC en voedingsadvies) of matig intensief (idem + 6x fysiotherapie) interventiepakket. Er zijn vragenlijsten ingevuld op baseline, 4 maanden en 12 maanden. De vragen betroffen demografie, BMI, motivatie tot, op basis van de SELF-DETERMINATION THEORY, en de mate van lichamelijke activiteit en gezond eten. Data zijn geanalyseerd met t-tests en multivariate regressie analyse.

*Resultaten/Opbredingen.* Deelnemers waren zeer positief over de LSC en de fysiotherapeut, maar minder positief over het voedingsadvies. Er was een significante positieve relatie tussen autonomie ondersteunende LSC en een toename van de autonome motivatie voor lichamelijke activiteit na 4 maanden, maar autonome motivatie nam niet meer toe na 4 maanden. Na 12 maanden combineerde 56% van de deelnemers 2 of 3, overwegend individuele, beweegactiviteiten, gemiddeld 3 keer per week. Zelf gerapporteerde lichamelijke activiteit veranderde van gemiddeld 43 naar 60 minuten per dag. Autonome motivatie

voor gezond eten en voedingsgedrag veranderde niet.

*Conclusie/Aanbevelingen.* De autonome motivatie voor bewegen en de lichamelijke activiteit van deelnemers aan een GLI voor mensen met overgewicht en obesitas zijn toegenomen, maar er is geen verandering in hun voedingsgedrag opgetreden. Succesvol voedingsadvies en coaching vragen om meer specifieke kennis en vaardigheden.

### **Evaluatie van de uitvoering van een gecombineerde leefstijlinterventie in de eerste lijn**

*B.A.J. Berendsen<sup>1</sup>, M.R.C. Hendriks<sup>1</sup>, H.H.C.M. Savelberg<sup>1</sup>, N.C. Schaper<sup>2</sup>, S.P.J. Kremers<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>2</sup>Maastricht University Medical Center, Maastricht

*Achtergrond en doelstelling.* Een procesevaluatie is uitgevoerd in een cluster gerandomiseerd onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met overgewicht. In de BeweegKuur wordt één jaar begeleiding verzorgd door een leefstijladviseur, fysiotherapeut en diëtist. De kwalitatieve procesevaluatie was gericht op de (continuering van de) uitvoering van de BeweegKuur in de eerste lijn, om inzicht te krijgen in de begeleiding in de praktijk en factoren die hierop van invloed waren.

*Methode.* Semi-gestructureerde interviews werden uitgevoerd bij leefstijladviseurs, fysiotherapeuten en diëtisten van een representatieve selectie (n = 10) van locaties. Het raamwerk van de interviews was gebaseerd op eerder onderzoek naar gezondheidbevorderende interventies. Hoofdonderwerpen waren onder andere het protocol van de interventie, inhoud van de begeleiding, samenwerkingen en continuering van het aanbieden van de BeweegKuur in de praktijk.

*Resultaten.* De begeleiding werd op veel locaties aangepast aan de individuele behoefte en wensen van de deelnemers. Genoemde redenen hiervoor waren praktische haalbaarheid en het tevreden houden van de deelnemer om uitval te voorkomen. De meeste zorgverleners vonden de samenwerkingen met overige betrokken zorgverleners waardevol, zowel binnen als buiten de BeweegKuur. Echter, de uitvoering van het programma werd als lastig ervaren bij uitval van één van de zorgverleners uit het team. Het kwam voor locaties onverwacht dat de BeweegKuur niet werd opgenomen in de basisverzekering; dit heeft de continuering van de BeweegKuur in de praktijken bemoeilijkt.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Er is variatie in de mate waarin het protocol door zorgverleners wordt opgevolgd. Hoewel aanpassingen aan de behoefte van de individuele deelnemers zorgvuldig overwogen moeten worden, kan hiermee uitval voorkomen worden. De continuering van de BeweegKuur lijkt afhankelijk van de motivatie en betrokkenheid van zorgverleners en van financieringsmogelijkheden. Daarom dient draagkracht van de interventie verdeeld te worden over meerdere zorgverleners om gecombineerde leefstijlinterventies en bijbehorende samenwerkingen in de eerste lijn te behouden.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Kosteneffectiviteit van het Opstart beweegprogramma versus Begeleid beweegprogramma van de BeweegKuur

M.R.C. Hendriks<sup>1</sup>, B.A.J. Berendsen<sup>1</sup>, E.A.L.M. Verhagen<sup>2</sup>, S.P.J. Kremers<sup>1</sup>, H.H.C.M. Savelberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>2</sup>VU University Medical Center, Amsterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Dit onderzoek naar de kosteneffectiviteit van een gecombineerde leefstijlinterventie om fysieke activiteit en gezonde voeding te bevorderen, vergelijkt twee intensiteiten van de BeweegKuur: het 'opstart beweegprogramma' met 6 fysiotherapie sessies (Opstart BP) versus het 'begeleid beweegprogramma' met 32-41 fysiotherapie sessies (Begeleid BP). Het doel van de interventie is het verhogen van kwaliteit van leven en verminderen van kosten in mensen met overgewicht en obesitas.

**Methode.** In een cluster gerandomiseerd onderzoek (29 huisartsenpraktijken, n = 411) ontvingen deelnemers in controle praktijken het 'Opstart BP' en deelnemers in interventie praktijken het 'Begeleid BP'. Zorggebruik, overige kosten, kwaliteit van leven en klinische uitkomsten zijn gemeten via driemaandelijke vragenlijsten. Kosteneffectiviteit en utiliteitsanalyse werden uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief over een tijdshorizon van één jaar. Verschillen in kosten en effecten worden gepresenteerd in een Incrementele Kosteneffectiviteitsratio. Onzekerheid is onderzocht met 1000-times bootstrap en sensitiviteitsanalyses.

**Resultaten.** Baseline kenmerken kwamen overeen tussen de groepen. Programmakosten van het 'Begeleid BP' zijn hoger vergeleken met het 'Opstart BP', maar andere zorgkosten tijdens het eerste jaar follow-up waren lager bij het 'Begeleid BP'. Utiliteit nam gedurende het jaar toe in beide groepen, en QALY over één jaar was iets hoger bij het 'begeleid BP' dan bij het 'Opstart BP'. De Incrementele Kosten-Utiliteits Ratio gaf aan dat het 'Begeleid BP' iets meer kosten en iets meer effecten oplevert, dit werd bevestigd door bootstrap en sensitiviteitsanalyses.

**Discussie/conclusie.** Deelnemers van het duurder 'Begeleid BP' toonden minder zorggebruik, en slechts weinig hogere totale zorgkosten vergeleken met deelnemers van het 'Opstart BP'. Vanuit een zorgverlenersperspectief over één jaar is het 'Begeleid BP' kosteneffectief.

## Samenwerken in BeweegKuur netwerken: successen en uitdagingen

A. Wagemakers<sup>1</sup>, F. den Hartog<sup>1</sup>, L. Vaandrager<sup>1</sup>, L. Preller<sup>2</sup>, M.A. Koelen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Health & Society (HSO) Wageningen University, Department of Social Sciences, Wageningen

<sup>2</sup>NISB, Ede

**Achtergrond en doelstelling.** Om de gecombineerde leefstijlinterventie de BeweegKuur landelijk te implementeren is in 2010 het project 'Netwerken bouwen in de BeweegKuur' gestart door NISB. In dit project gaat het om het opbouwen van regionale en lokale netwerken voor de afstemming tussen preventie, zorg en sport en het bevorderen van de doorstroom van deelnemers naar het lokale sport- en beweegaanbod. NISB heeft Wage-

ningen Universiteit gevraagd de netwerkvorming te evalueren, met als doel inzicht te krijgen in de succesfactoren voor de netwerkvorming rondom de BeweegKuur.

**Methode.** Op basis van het Healthy Alliances (HALL) raamwerk zijn interviews gehouden met coördinatoren van 13 regionale en 20 lokale netwerken en focusgroep gesprekken met 7 regionale en 17 lokale netwerken. In de focusgroep gesprekken is gebruik gemaakt van netwerkanalyse, de Coordinated Action Checklist, de tijdlijnmethode en een korte vragenlijst.

**Resultaten.** Samenwerking in de netwerken wordt ervaren als succesvol omdat dit resulteert in het integreren van preventie en zorg. Resultaten van de BeweegKuur zijn onder andere een verbeterde gezondheid van deelnemers. Resultaten van de netwerken zijn bijvoorbeeld contacten met professionals uit andere sectoren. Beide soorten resultaten geven energie om de samenwerking te continueren. Een uitdaging voor de netwerkpartners is om de samenwerking met de gemeente en sportorganisaties. Netwerken waarin verschillende rollen vervuld worden, met name de makelaarsrol, zijn het meest succesvol in het verbinden van preventie, zorg en sport en daarmee ook in het bevorderen van de doorstroom van BeweegKuur deelnemers naar sport- en beweefaciliteiten in de buurt.

**Discussie en conclusie(s).** Algemene succesfactoren voor de samenwerking in de netwerken zijn het zichtbaar maken van successen, zowel voor de BeweegKuur als de samenwerking, tijd om cultuurverschillen tussen sectoren te overbruggen en een partner die een makelaarsrol vervult.

## Sessie 14: Symposia: Van data naar kennis voor regionaal beleid

### Regionale en lokale informatievoorziening: rol RIVM

J.A.M. van Oers, A. Verweij, C.L. van den Brink, H. Giesbers, S.L.N. Zwakhals  
RIVM, Bilthoven

**Presentaties.**

1. Dr. C.L. van den Brink: Regionale verschillen in leefstijl
2. Drs. Ing. H. Giesbers: Zorg en gezondheid in kaart ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl))
3. Drs. S.L.N. Zwakhals: De Zorgatlas gekanteld: gemeentelijke gezondheidsprofielen
4. Drs. A. Verweij: Regionale informatievoorziening: landelijke ondersteuning

**Voorzitter.** Prof. Dr. Ing. J.A.M. van Oers

**Achtergrond.** Steeds meer verantwoordelijkheden op het gebied van volksgezondheid en zorg verschuiven van de rijksoverheid naar gemeenten. Dit heeft als gevolg dat er steeds meer vraag is naar informatie op steeds gedetailleerder niveau. In dit veld opereren diverse landelijke, regionale en lokale organisaties die zoeken naar een goede manier om deze uitdaging gezamenlijk aan te gaan. In het symposium belichten we enkele voorbeelden van wat een landelijke organisatie als het RIVM hieraan zou kunnen bijdragen.

**Doel.** In het symposium verkennen we de mogelijke meerwaarde van landelijke ondersteuning bij regionale en lokale informatievoorziening.



## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

*Opbouw en samenhang.* Het RIVM beschikt over ervaring, vaardigheden en ook gegevens die ingezet kunnen worden ter ondersteuning van GGD'en en lokale overheden. Dit illustreren we aan de hand van vier presentaties. In de eerste presentatie laat Carolien van den Brink zien wat er mogelijk is met de door GGD'en verzamelde gegevens, waarmee sinds kort ook landelijke referentiecijfers zijn te berekenen. Vervolgens vertelt Henriette Giesbers over de Zorgatlas, waarin regionale verschillen in uiteenlopende onderwerpen in kaart worden gebracht. Daarna gaat Laurens Zwakhals in op hoe de gegevens uit de Zorgatlas ook gebruikt kunnen worden voor regionale gezondheidsprofielen. Het symposium wordt afgesloten door Antonia Verweij met een presentatie over mogelijkheden van landelijke ondersteuning voor GGD'en. Het geheel wordt besloten aan de hand van een plenaire discussie.

### **Zorg en gezondheid in kaart ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl))**

*H. Giesbers, C.M. Deuning  
RIVM, Bilthoven*

*Achtergrond en doelstelling.* Al ruim 14 jaar is de Nationale Atlas Volksgezondheid ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)) het naslagwerk voor geografische informatie over zorg en volksgezondheid in Nederland. De Atlas is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en vormt samen met het Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) een belangrijke bron van informatie voor (regionale) beleidsmakers en onderzoekers.

*Aanpak/methode.* Het Nationaal Kompas Volksgezondheid heeft een encyclopedische functie en bevat informatie op nationaal niveau. De Zorgatlas focust op het regionale en lokale niveau. De Atlas biedt consequent een geografisch perspectief. Dit is heel bruikbaar om de waargenomen situatie in perspectief te zetten en om in één oogopslag een beeld te schetsen van de situatie. Zo kunnen regio's met elkaar worden vergeleken. De regio met de beste score kan gebruikt worden als benchmark voor de andere regio's.

*Resultaten/opbrengsten.* Het resultaat is een website met meer dan 1.000 kaarten over zorg, gezondheid, factoren die daar van invloed op zijn, preventie en thema's als wachtlijsten en sporten en bewegen. De Zorgatlas is een thematische atlas die het complete terrein van zorg en gezondheid dekt en is uniek in zijn soort. De website biedt een aantal functies: kaarten kunnen met elkaar worden vergeleken en er is een klikfunctionaliteit. Hiermee is het mogelijk om extra informatie op te vragen over het onderwerp in tabelvorm.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Het gezondheidszorgbeleid in Nederland kent momenteel een trend van decentralisatie. Daarmee wordt de functie van de Zorgatlas feitelijk steeds belangrijker, namelijk het beschikbaar stellen van regionale informatie over volksgezondheid en gezondheidszorg. Daarbij komt dat de behoefte aan regionale informatie op een gedetailleerder schaalniveau steeds groter wordt. Een belangrijke aanbeveling is dan ook om vanuit gemeentelijk perspectief een overzicht te maken van alle beschikbare indicatoren op een laag schaalniveau.

### **De Zorgatlas gekanteld: gemeentelijke gezondheidsprofielen**

*S.L.N. Zwakhals, A. Verweij  
RIVM, Bilthoven*

*Achtergrond en doelstelling.* Het doel van het project 'Gemeentelijke gezondheidsprofielen' is om per gemeente een overzicht te maken van beschikbare cijfers in de Nationale Atlas Volksgezondheid ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)) en deze in sprekende grafieken te presenteren. In de Zorgatlas is alle informatie ontsloten door middel van kaarten. Elke kaart toont van één indicator gegevens voor alle regio's, gemeenten of postcodes. Om de gegevens vanuit een gemeentelijk perspectief op een rij te krijgen, worden de databases achter de Zorgatlas 'gekanteld'. Het RIVM voert dit project uit in opdracht van het ministerie van WVS in afstemming met GGD'en en andere belanghebbende partijen.

*Aanpak/methode.* Een belangrijke actie voor het kantelen van de databases achter de Zorgatlas is om ze te koppelen en te zorgen dat er een eenduidige gemeentelijke indeling wordt gehanteerd. Doordat er in de loop der jaren veel gemeentelijke herindelingen zijn geweest, moeten veel cijfers omgerekend worden naar een uniforme gemeentelijke indeling zodat ook trendvergelijkingen gemaakt kunnen worden. Verder worden veel indicatoren op regionaal (GGD-)niveau in kaart gebracht. Voor een presentatie op gemeenteniveau moeten gegevens omgezet worden naar een lager schaalniveau. Daarvoor zijn methodes nodig die voor kleine populaties ook nog betrouwbare schattingen kunnen maken uit gegevens. Dit zal een belangrijk aspect zijn voor het project. Daarnaast wordt geïnvesteerd in sprekende grafieken en visualisaties.

*Resultaten/opbrengsten.* Het resultaat is een overzicht per gemeente van beschikbare indicatoren uit de Zorgatlas gepresenteerd in grafieken. Deze zullen als PDF en Excel worden gepubliceerd in de Zorgatlas.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Dit project voorziet in de behoefte om de gegevens vanuit een gemeentelijk perspectief te ordenen. In eerste instantie gebeurt dit statisch via pdf's en Excel-files. Een aanbeveling is om in een latere fase de mogelijkheid te onderzoeken om dit interactief te doen.

### **Regionale informatievoorziening: landelijke ondersteuning**

*A. Verweij, M.J.J.C. Poos  
RIVM, Bilthoven*

*Achtergrond en doelstelling.* GGD'en rapporteren periodiek over de gezondheid in hun regio. Sommige GGD'en doen dat in de vorm van een regionale VTV, afgeleid van de nationale Volksgezondheid Toekomst Verkenning die het RIVM eens in de vier jaar maakt. Andere GGD'en kiezen een eigen vorm. Voor het maken van een regionale volksgezondheidsrapportage biedt het RIVM ondersteuning, onder meer in de vorm van de website Toolkit Regionale VTV ([www.toolkitvvtv.nl](http://www.toolkitvvtv.nl)). Deze Toolkit wordt in een nieuw jasje gegoten waarbij we zoveel mogelijk willen aansluiten bij de behoeften van GGD'en.

*Aanpak/methode.* Een belangrijk uitgangspunt bij de ondersteuning die het RIVM biedt bij het maken van een regionale gezondheidsrapportage is afstemming op de behoeften van GGD'en. Onder andere door een behoefteonderzoek onder

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

GGD'en krijgen we inzicht in de bruikbaarheid van de huidige Toolkit en wensen voor aanpassingen.

*Resultaten/opbrengsten.* Een deel van de vernieuwde Toolkit zal bestaan uit informatie over de Gezondheidsmonitor, evenals informatie over andere databronnen. We streven ernaar dat iedere GGD relatief eenvoudig over gegevens uit landelijke bronnen kan beschikken. Hierbij wordt gekeken welke gegevens voor GGD'en bruikbaar en wenselijk zijn. De manier waarop we momenteel de sterftecijfers verwerken en beschikbaar stellen, is een goed voorbeeld van wat we kunnen doen. Regionale cijfers over sterfte worden in overleg met GGD Nederland op een uniforme wijze door het RIVM bewerkt en beschikbaar gesteld aan de GGD'en. Gegevens worden aangeboden via GGD Kennisnet en de Zorgatlas. Methodes en achtergronden bij de gegevens worden beschreven in de Toolkit.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Voor de vertaling van kale cijfers naar bruikbare beleidsinformatie bieden we GGD'en hulpmiddelen om een bruikbare gezondheidsrapportage te maken. Dit draagt bij aan uniformiteit tussen regio's en landelijke vergelijkbaarheid. De manier waarop we nu sterftecijfers bewerken en aanbieden kan uitgebreid worden naar andere databronnen, mits er behoefte aan is.

### Sessie 15: Symposia: Noodzaak van een veranderende werkwijze voor onderzoekers binnen de drie transities.

#### Noodzaak van een veranderende werkwijze voor onderzoekers binnen de drie transities.

*I. Kroesbergen*

*GGD West-Brabant, Breda*

*Thema.* De publieke gezondheidszorg is een belangrijke schakel tussen zorg en andere gemeentelijke taken in het sociale domein (SD). De klassieke taak van professionals binnen de driehoek beleid, epidemiologisch onderzoek en praktijk transformeert. Andere competenties zijn nodig om de nieuwe rol te vervullen. De essentie van de werkwijze is co-creatie, met als doel beter aan te sluiten op de wensen en behoeften van beleidsmakers en praktijkwerkers. Beleidsmakers vragen om stuurinformatie waarop zij beleidskeuzes kunnen baseren. Daarnaast bestaat er behoefte aan informatie/praktijkonderzoek naar werkzame interventies voor kwetsbare groepen. Tegelijkertijd wordt van het beleid gevraagd wegen vrij te maken om databronnen aan te boren en mee te denken over belangrijke indicatoren. De rol van onderzoekers verandert in die van verbinder, aanjager, kritisch bevrager en praktijkonderzoeker bij kwetsbare groepen. Van de praktijk wordt gevraagd evaluatie in haar werkzaamheden te integreren en risicogroepen in beeld te brengen. Tenslotte wordt van alle partijen gevraagd in een vroeg stadium het gesprek en de samenwerking te zoeken. Het symposium zoomt in op drie voorbeelden van deze andere rolinvulling op het gebied van publiek gezondheidsonderzoek in het SD. Wat vinden opdrachtgevers van deze veranderde rol? Draagt het bij aan de uitdagingen waar zij voor staan? Eén opdrachtgever belicht vanuit haar visie in hoeverre de voorbeelden bijdragen aan beleidsdialog of beslissingen.

*Doel van het symposium.* Gebaseerd op de ervaringen bij

GGD West-Brabant met opzet en resultaten van onderzoek en monitoring van publieke gezondheid in het SD willen we met u bediscussiëren wat dit van onderzoekers én opdrachtgevers vraagt.

*Opbouw en samenhang tussen de individuele presentaties.* Na een inleiding, met een visie op veranderende rollen van GGD onderzoek in het SD, volgen drie presentaties:

- Bruikbaar onderzoek voor de praktijk van welzijn en maatschappelijke opvang.
- Zoekproces naar effectindicatoren voor decentralisaties in het sociale domein.
- Praktijkgestuurd onderzoek bij kwetsbare groepen.

#### Bruikbaar onderzoek voor de praktijk van welzijn en maatschappelijke opvang

*J. de Goede*

*GGD West-Brabant, Breda*

*Achtergrond en doelstelling.* Netwerkpartners in welzijn, zorg & veiligheid en gemeenten hebben, gezien hun toenemende verantwoordelijkheden binnen het sociaal domein, een sterke(re) informatiebehoefte. Samen beschikken zij over veel(soortige) informatie op het terrein van gezondheid, veiligheid en participatie. Vanuit haar rol als verbinder, dataregisseur en praktijkonderzoeker reikt de GGD in samenwerking met netwerkpartners aan gemeenten belangrijke informatie aan waarmee beleid wordt geformuleerd en bijgesteld en waarmee de uitvoering gevolgd wordt.

De GGD West-Brabant heeft het afgelopen jaar verkend op welke wijze zij als verbinder en met dataregie regionaal meerwaarde kan bieden voor de verschillende maatschappelijke en/of welzijnsinstellingen in de regio. Aanpak en resultaten voor het netwerk rondom huiselijk geweld worden gepresenteerd. *Aanpak.* Er is gekozen voor een aanpak op twee niveaus. Vanuit 'Beleid, Kennis en Informatie' is er gestart met een stakeholdersanalyse. Vervolgens is er een gesprek gevoerd met onderzoekers / registratiedeskundigen van organisaties. Hierbij is gezocht naar samenwerking op specifieke thema's waarover een gezamenlijk project met gezamenlijke rapportage gemaakt kon worden.

De GGD directie heeft daarna contact gelegd met bestuurders en managers van die organisaties waarmee een concreet project haalbaar leek. Wanneer er vervolgens een specifieke onderzoeksbehoefte geconstateerd werd, bracht de GGD-onderzoeker, via de methode van "utilization-focus evaluation" en met behulp van een logisch evaluatiemodel, in een gesprek deze specifieke behoefte in kaart. Vervolgens werd aangeboden om eerst tegen betaling een evaluatie-ontwerp te maken. Nadat dit ontwerp tot stand gekomen was en een akkoord van de opdrachtgever, werd een offerte gemaakt voor de uitvoering. *Resultaten.* De toegepaste aanpak heeft geleid tot een concrete samenwerking en gezamenlijke rapportage over huiselijk geweld met het Steunpunt Huiselijk Geweld en het Veiligheids-huis. Daarnaast zijn diverse evaluatie-ontwerpen gemaakt en uitgevoerd bij organisaties zoals het AMK, Bureau Jeugdzorg, de vrouwenopvang en CJG's.

*Conclusie.* De nieuwe aanpak is succesvol gebleken en de activiteiten zullen in 2014 verder worden uitgebouwd.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Zoekproces naar effectindicatoren voor beleidsmakers van de decentralisaties in het sociale domein

S. Kuiper<sup>1</sup>, J.A.M. van Oers<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGD West-Brabant, Breda

<sup>2</sup>RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* Gemeenten krijgen te maken met ingrijpende veranderingen binnen het sociale domein. Zij krijgen een bepalende rol en daarmee een grotere verantwoordelijkheid in het vormgeven van de maatschappelijke ondersteuning.

Om efficiënt en effectief sturing te kunnen geven aan de verschillende decentralisaties binnen het sociale domein, vindt de gemeente Breda het van belang inzicht te hebben in waar haar investeringen terecht komen en wat de effecten van deze investeringen binnen het sociale domein in de Bredase samenleving zijn op de kwaliteit van leven, gezondheid, veiligheid en participatie. In samenwerking met de gemeente Breda, Tranzo/AWPG Brabant, RIVM brengt de GGD West-Brabant deze stuurinformatie in beeld brengen.

Het doel is het in kaart brengen van stuurinformatie voor de drie decentralisaties, waarmee beleidsmakers en beslissers van de gemeente Breda een beleids- en onderzoek agenda kunnen maken op de terreinen preventie, zorg, wonen, welzijn en veiligheid.

*Aanpak.* Het project bestaat uit twee fasen. In deze, eerste, fase wordt onderzocht om welke groepen en voorzieningen het gaat, wat de bruikbaarheid is van de verschillende gegevensbestanden en via welk proces indicatoren worden vastgesteld. Met experts uit het veld, beleidsmakers en onderzoekers wordt gediscussieerd over welke minimale set van indicatoren essentieel is om de decentralisatie effecten te kunnen monitoren. In de tweede fase zullen (de veranderingen) in kosten en baten van de transities worden onderzocht.

*Resultaten.* Er zijn verschillende kwalitatief goede gegevensbestanden beschikbaar met data op zowel individueel als geaggregeerd niveau, waarmee de transities geëvalueerd kunnen worden. De beschikbare gegevensbestanden zijn geschikt om inzicht te krijgen in de (meest) kwetsbare groepen binnen de Bredase samenleving, om te traceren waar deze groepen zich bevinden en om deze groepen te monitoren.

*Conclusie.* Het gebruik van kwalitatief goede gegevensbestanden kan behulpzaam zijn bij het verkrijgen van belangrijke stuurinformatie voor de drie decentralisaties.

## Praktijkgestuurd onderzoek bij kwetsbare groepen

C. Rots

GGD West-Brabant, Breda

*Achtergrond en doelstelling.* Beleidsmakers in het sociale domein willen antwoord op de vraag: wat werkt er wel en wat werkt er niet voor kwetsbare groepen. In de jeugdsector vormen de multiprobleemgezinnen de meest kwetsbare groep. Dit zijn gezinnen die langdurig kampen met een combinatie van sociaal-economische en psycho-sociale problematiek. Voor de reguliere hulp- en dienstverlening zijn deze gezinnen moeilijk te bereiken en vast te houden.

In de regio West-Brabant wordt sinds 10 jaar gewerkt aan

de systematische ontwikkeling en onderbouwing van de vangnetfunctie voor multiprobleemgezinnen. Het doel hiervan is te komen tot een methodiek die meerwaarde heeft voor de gezinnen, goed gepositioneerd is binnen het (preventieve) zorgaanbod en wetenschappelijk onderbouwd is.

*Aanpak.* De gekozen ontwikkelingsroute is praktijkgestuurd, dat wil zeggen dat interventies zoals die zich in de praktijk voordoen en ontwikkelen, met onderzoek worden gevolgd en onderbouwd. De praktijkgestuurde aanpak blijkt adequaat te zijn voor onderzoek bij kwetsbare groepen en heeft geleid tot diverse soorten onderzoek: evaluatie van een pilot, onderzoek om de inhoud van de methodiek aan te scherpen en de overdraagbaarheid te bevorderen, herhaalde lokale evaluaties in opdracht van gemeenten, en een quasi-experimentele effectiviteitsstudie.

*Resultaten.* De openvolgende studies hebben diverse resultaten opgeleverd waarvan de belangrijkste zijn: onderbouwing van de praktische haalbaarheid van de methodiek, inzicht in bereikte doelgroep, theoretische en praktische onderbouwing van de interventie-activiteiten en te hanteren interventiemethoden, en inzicht in de mate van doelrealisatie. De quasi-experimentele effectiviteitsstudie is momenteel gaande.

*Conclusie.* Het praktijkgestuurde onderzoek heeft geleid tot kennis over de vangnetfunctie voor multiprobleemgezinnen. Daarnaast zijn de randvoorwaarden en omstandigheden waaronder de vangnetfunctie positieve resultaten oplevert, opgehelderd. Deze kennis vormt de basis voor praktisch relevante effectstudies en voor beleidsbeslissingen in het gemeentelijke sociale domein.

## Sessie 16: Symposia: Een omgeving die uitnodigt tot een gezonde leefstijl; bestaat dat?

### Een omgeving die uitnodigt tot een gezonde leefstijl; bestaat dat?

J.D. Mackenbach<sup>1</sup>, M.A. Beenackers<sup>2</sup>, D.F. Ettema<sup>3</sup>, M.A. Maas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>VUmc, Amsterdam

<sup>2</sup>Erasmus MC, Rotterdam

<sup>3</sup>Universiteit Utrecht, Utrecht

<sup>4</sup>Gemeente Rotterdam, Rotterdam

*De namen van de eerste auteurs en de titels van de samenvattingen.*

Joreintje Mackenbach. Omgeving & overgewicht - het SPOT-LIGHT project.

Mariëlle Beenackers. Beweeggedrag: het samenspel tussen individuele en buurtfactoren.

Dick Ettema. Sport en bewegen in de openbare ruimte.

Rosemarie Maas. Gemeente Rotterdam: een beweegvriendelijke stad is een gezonde én een aantrekkelijke stad.

*Voorzitter symposium.* Mariëlle Beenackers

*Korte beschrijving van het thema van het symposium.* Een gezonde leefstijl, zoals voldoende beweging en gezonde voeding, bepaalt in een belangrijke mate de gezondheid van mensen. Het optimaliseren van de leefomgeving van mensen is mogelijk een duurzame en economisch interessante optie om de leefstijl te verbeteren bij een grote groep mensen, inclusief de moeilijk

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

bereikbare groepen. Informatie over hoe de openbare ruimte in de toekomst kan bijdragen om ook de gezondheid van de inwoners te bevorderen is van grote waarde voor beleid en praktijk. Echter, het antwoord op de vraag hoe de leefomgeving samenhangt met gezond gedrag is erg complex.

*Doel van het symposium.* In dit symposium zal de vraag centraal staan hoe de leefomgeving samenhangt met een gezonde leefstijl, en hoe deze kennis gebruikt kan worden in beleid en praktijk. Het thema zal vanuit diverse perspectieven uit de wetenschap en beleid worden benaderd om zo een gezamenlijke toekomstvisie te ontwikkelen.

*Opbouw van het symposium en samenhang tussen de individuele presentaties.* Na een korte inleiding van het thema door de voorzitter zal het thema eerst vanuit verschillende hoeken in de wetenschap belicht worden; wat is de huidige kennis en waarom is dit thema zo complex. Ook worden innovatieve methoden besproken om met enkele van deze complexiteiten om te gaan. Na deze wetenschappelijke beschouwing zal het thema ook vanuit een beleidsperspectief worden besproken waarna het publiek uitgenodigd wordt om met de sprekers verder te discussiëren aan de hand van enkele stellingen.

### Omgeving & overgewicht – het SPOTLIGHT project

J.D. Mackenbach<sup>1</sup>, H. Rutter<sup>2</sup>, S. Compornolle<sup>3</sup>, K. Glonti<sup>2</sup>, J.M. Oppert<sup>4</sup>, H. Charreire<sup>5</sup>, I. de Bourdeaudhuij<sup>3</sup>, J. Brug<sup>4</sup>, G. Nijpels<sup>5</sup>, J. Lakerveld<sup>1</sup>

<sup>1</sup>VUmc, Amsterdam

<sup>2</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom

<sup>3</sup>Universiteit Gent, Gent, Belgium

<sup>4</sup>Université Paris, Parijs, France

<sup>5</sup>Paris Est Université, Parijs, France

*Achtergrond en doelstelling.* Fysieke omgevingsfactoren worden van oudsher als belangrijke determinanten van gezondheidsgerelateerde gedragingen beschouwd. Overgewicht wordt voor een belangrijk deel bepaald door gezondheidsgerelateerde gedragingen zoals voedings- en beweeggedrag. Dit systematische literatuuronderzoek, dat deel uitmaakt van het Europese SPOTLIGHT project, had als doel om in kaart te brengen welke fysieke omgevingsfactoren gerelateerd zijn aan overgewicht.

*Methode.* Door middel van een gestructureerde zoekstrategie binnen Pubmed, PsychInfo, EMBASE, Web of Science en de Cochrane Library is gezocht naar artikelen over het verband tussen fysieke omgevingsfactoren en overgewicht, gepubliceerd tussen 1995 en oktober 2013. In totaal zijn 5,642 abstracts gescreend, waaruit er 92 zijn geselecteerd. Kenmerken van de studies en de methodologische kwaliteit werden door twee onafhankelijke onderzoekers beoordeeld.

*Resultaten.* Uit de studies bleek dat voor een grote verscheidenheid aan fysieke omgevingsfactoren het verband met overgewicht is onderzocht. Tachtig procent van de studies was afkomstig uit Amerika, 13% uit Europa en 6,5% uit Australazië. In de 92 geïncludeerde artikelen werden meer dan 100 verschillende fysieke omgevingsfactoren onderzocht. Voor slechts twee factoren werd een consistent verband met overgewicht gevonden: een hogere populatiedichtheid en een grotere

variëteit in landgebruik hingen samen met een lagere prevalentie van overgewicht. De resultaten waren vooral afkomstig van Amerikaanse onderzoeken. Van de overige factoren is onvoldoende onderzoek beschikbaar.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Populatiedichtheid en mix van landgebruik zijn fysieke omgevingsfactoren die samenhangen met overgewicht, tenminste in de Verenigde Staten. Deze en andere fysieke omgevingsfactoren zijn in onvoldoende mate binnen Europa onderzocht - in studies van voldoende kwaliteit - om conclusies te kunnen trekken over het belang van fysieke omgevingsfactoren in de preventie van overgewicht. Toekomstig onderzoek van betere kwaliteit moet zich o.a. richten op de interactie tussen fysieke en sociale omgeving, en individuele gedragsdeterminanten, en moet naast overgewicht ook de relaties van omgevingsfactoren met de onderliggende gedragingen onderzoeken.

### Beweeggedrag: het samenspel tussen individuele en buurtfactoren

M.A. Beenackers, C.B.M. Kamphuis, R.G. Prins, J.P. Mackenbach, A. Burdorf, F.J. van Lenthe  
Erasmus MC, Rotterdam

*Achtergrond en doelstelling.* Hoewel het bekend is dat voldoende bewegen goed is voor de gezondheid, zijn nog steeds veel mensen lichamelijk inactief. In veel conceptuele modellen wordt verondersteld dat beweeggedrag wordt beïnvloed door de 'obesogene' leefomgeving waarbinnen personen afwegingen maken om meer of minder te bewegen. In beleid en praktijk wordt vaak gezegd dat we 'de gezonde keuze de gemakkelijke moeten maken'. Er is echter nog maar zeer weinig bekend over hoe kenmerken van de omgeving samenhangen met afwegingen van mensen. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in het samenspel tussen individuele afwegingen (zoals attitude en intentie) en kenmerken van de buurtomgeving (zoals veiligheid en sociale cohesie) in hun relatie tot beweeggedrag.

*Methode.* Om deze vraag te beantwoorden zijn er drie studies naar bewegen in de vrije tijd uitgevoerd (sporten en wandelen in de vrije tijd). Hiervoor werd de cross-sectionele data van de 4e ronde van de Nederlandse GLOBE studie gebruikt. Respondenten zijn afkomstig uit Eindhoven en omgeving. Data is vergaard door middel van vragenlijstonderzoek en buurtobservaties.

*Resultaten.* Uit deze drie studies blijken afwegingen van mensen mede afhankelijk te zijn van de omgeving waarin ze worden genomen. Zo werd er onder andere een sterker verband gevonden tussen een beweegvriendelijk gebouwde buurt en wandelen wanneer mensen minder positief stonden ten aanzien van bewegen. Echter, de samenhang tussen omgeving en individuele afwegingen varieerde sterk tussen specifieke combinaties van factoren en voor verschillende soorten bewegen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Ondanks het veelvuldig terugkomen van dit samenspel in theorie en beleidsstukken blijkt de complexiteit van dit samenspel een stuk groter dan vaak verondersteld.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Sport en bewegen in de openbare ruimte

D.F. Ettema, F.M. Jansen  
Universiteit Utrecht, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* De openbare ruimte (straten, pleinen, parken etc.) kan een belangrijke rol spelen om mensen meer te laten sporten en bewegen. Bestaande literatuur heeft al veel duidelijk gemaakt over de relatie tussen de openbare ruimte in de buurt en bewegen, maar enkele belangrijke zaken zijn nog onderbelicht:

Mensen bevinden zich vaak een aanzienlijk deel van de dag buiten de buurt en worden daar door de omgeving beïnvloed; Zaken als ontwerp en vormgeving van de openbare ruimte zijn nauwelijks onderzocht, maar kunnen significante invloed op het beweeggedrag hebben;

Er wordt nog weinig onderscheid gemaakt tussen vormen van licht, matig en intensief bewegen

*Aanpak/methode.* In dit project worden een vernieuwende combinatie van methoden (GPS-loggers en accelerometers) ingezet om te onderzoeken:

Hoe beweeggedrag verdeeld is over de woonlocatie, de buurt en andere locaties in het dagelijkse activiteitenpatroon

Welke elementen in de openbare ruimte bewegen stimuleren of tegenhouden

*Resultaten/opbrengsten.* Het onderzoek wordt uitgevoerd onder kinderen in Zuid-Limburg die van de lagere naar de middelbare school gaan. Bij hen gaan we na of het bewegen en sporten in de openbare ruimte verandert door de overgang naar een andere school. Daarnaast onderzoeken we volwassenen tussen de 45 en 65 in Rotterdam en Utrecht, omdat deze groep vaak minder gaat sporten. Bij hen kijken we naar de rol van buurtparken en grotere stedelijke parken voor het sporten en bewegen.

*Conclusies en aanbevelingen.* Op basis van de uitkomsten worden aanbevelingen gedaan over ontwerp en layout van de openbare ruimte om het bewegen te bevorderen.

## Gemeente Rotterdam: een beweegvriendelijke stad is een gezonde én een aantrekkelijke stad

M.A. Maas  
Gemeente Rotterdam, Rotterdam

*Achtergrond en doelstelling.* Als u denkt aan de Gemeente Rotterdam wat is dan het eerste dat bij u opkomt? De haven, verkeer, luchtverontreiniging, een laagopgeleide bevolking, sociale problemen? Of een groene stad met aantrekkelijke langzaamverkeersverbindingen, mooie parken en volop mogelijkheden voor sport en spel. Kortom: een beweegvriendelijke stad waar mensen gezonde keuzes kunnen maken. Wellicht dat u het eerste 'verkeerde lijstje' voor ogen heeft. Maar Rotterdam is al jaren gestaag bezig met het ontwikkelen van de beweegvriendelijkheid van de stad.

*Aanpak/methode.* Graag neemt de Gemeente Rotterdam u in deze presentatie mee naar het beleid dat hiervoor de afgelopen jaren is ingezet. Er zal dieper ingegaan worden op de stedenbouwkundige visie kindvriendelijke wijken en de conceptnota sportvoorzieningen. Laatstgenoemde betreft o.a. het verbeteren van de openbare ruimte voor sport en bewegen.

Daarnaast is er aandacht voor sportvoorzieningen voor mensen die te weinig bewegen, zoals mensen met een beperking.

*Resultaten/opbrengsten.* Door de ontwikkeling van specifieke projecten en door 'werk-met-werk' te maken, werken we op basis van het ontwikkelde instrumentarium aan een beweegvriendelijk Rotterdam. De presentatie zal voorbeelden geven van beweegvriendelijke projecten in de stad.

*Conclusies/aanbevelingen.* Wat we u mee willen geven is dat een beweegvriendelijke stad niet alleen wordt aangejaagd vanuit gezondheid. Randvoorwaarden voor een gezonde leefomgeving zijn dezelfde als voor een aantrekkelijke stad waar mensen graag willen wonen: er is sprake van 'win-win'.

## Sessies 17 t/m 24: Workshops

### Beeldend werken aan een gezonde toekomst: de Show Talk Act (STA) methodiek

M.P.A. Bouman, H. Hollemans  
Centrum Media & Gezondheid, Gouda

*Achtergrond/doelstelling.* Het Centrum Media & Gezondheid gebruikt entertainment media, storytelling en innovatieve communicatiemethoden om een bijdrage te leveren aan de gezondheid en kwaliteit van (samen)leven. Hierbij speelt beeldend werken een centrale rol.

Beeld heeft een onmiskenbare aantrekkingskracht. Deze kracht kan systematisch worden ingezet voor het behalen van projectdoelstellingen binnen de gezondheidsbevordering. Om beeldend werken binnen gezondheidsbevordering te stimuleren heeft het CMG de Show-Talk-Act (STA) methodiek ontwikkeld. Deze STA-methodiek is geïnspireerd door de Photovoice methode (Wang & Burris, 1994), waarin van oorsprong vooral kwetsbare groepen uitgenodigd worden om beelden te maken van hun leefomgeving om zodoende hun stem te kunnen laten horen. Het CMG heeft de STA-methodiek ontwikkeld voor diverse doelgroepen (zoals ouders van jonge kinderen, GGD-medewerkers, onderzoekers). Ze krijgen een beeld-training en maken vervolgens aan de hand van een concreet thema filmbeelden van hun eigen leven, project of onderzoek. Ze leren beeldmateriaal te editen tot korte filmpjes die kunnen worden vertoond (*Show*) aan lotgenoten, collega-onderzoekers of andere stakeholders. De filmpjes dienen als discussiestarter (*Talk*), op basis waarvan ervaringen en tips met elkaar uitgewisseld kunnen worden en concrete acties kunnen worden ondernomen (*Act*).

De volgende vragen staan centraal: hoe kan ik denken in beelden en beeld integreren in gezondheidsbevordering; welke competenties zijn nodig; welke theoretische kaders en/of praktische ervaringstips kunnen behulpzaam zijn?

Doel van de workshop is het opdoen van nieuwe inzichten en ervaringen rondom beeldend werken binnen gezondheidsbevordering.

*Aanpak/methode.* De workshop bestaat uit beeldfragmenten en interactieve werkvormen waarin deelnemers actief worden uitgedaagd te reflecteren op toepassingsmogelijkheden binnen de eigen werkpraktijk.

*Resultaten/opbrengsten.* Het resultaat van de workshop is een

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

innovatieve impuls binnen het vakgebied gezondheidscommunicatie.

*Conclusie(s)/aanbevelingen.* Deze inspirerende workshop sluit goed aan bij het congressthema "VTV 2014". Aan de hand van praktijkvoorbeelden, beeldmateriaal en interactie met de workshopdeelnemers, wordt dieper ingegaan op kansen en mogelijkheden van beeldend werken voor gezondheidsbevordering.

## Positieve gezondheid – ontwikkelingen in de praktijk

C.B. Walg<sup>1</sup>, M. Huber<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Syntein/Anders gezond, Arnhem

<sup>2</sup>Louis Bolk Instituut, Driebergen

Er is veel in beweging in Nederland en ook binnen de gezondheidszorg. We worden met zijn allen steeds ouder en krijgen te maken met allerlei chronische ziekten. Daardoor rijzen de kosten de pan uit. De huidige WHO-definitie van gezondheid als 'compleet welbevinden' op alle gebieden, maakt dat eigenlijk niemand meer gezond is of kan worden. Machteld Huber publiceerde een nieuw concept van gezondheid, dat veel enthousiasme ontmoet, namelijk 'Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. In een vervolgonderzoek werd dit concept verder uitgewerkt tot 'Positieve Gezondheid'.

Na de presentatie van het concept op het NCVGZ congres van 2013 zijn verschillende ontwikkelingen op gang gekomen. Machteld Huber leidt tijdens deze workshop het nieuwe gezondheidsconcept nog een keer kort in en vertelt over initiatieven die gestart zijn om 'positieve gezondheid' verder te operationaliseren.

Vervolgens neemt Chantal Walg de presentatie over. Zij is in de Noordelijke Maasvallei een werkgroep gestart met mensen vanuit verschillende organisaties om het concept van 'positieve gezondheid' te operationaliseren. Naast de al in gang gezette transitie, is er tevens een transformatie nodig van het ziektenaar het positieve gezondheidsdenken. Positieve gezondheid centraal stellen betekent nogal wat, niet alleen voor burgers, professionals, verschillende organisaties, maar voor de hele gezondheidszorg, het zorgstelsel en uiteindelijk onze samenleving. Uitgaan van de eigen regie en een samenhang tussen de dimensies vraagt een andere denk- en werkwijze! Tijdens de workshop worden de deelnemers uitgedaagd om hun eigen gezondheid te scoren, te kijken naar de deskundigheid van organisaties op de verschillende dimensies, ervaringen te benoemen die het concept raken en gevraagd gezamenlijk te discussiëren over wat het betekent om positieve gezondheid centraal te stellen.

## 'GOEDEMORGEN TOEKOMST', gezondheid middels cultuur geagendeerd

M. Vergouwe

GGD Zeeland, Goes

*Achtergrond en doelstelling.* De rVTV Zeeland 2012 liet de dubbele vergrijzing van de regio zien, er waren 80 100-jarigen in

Zeeland en het festival FbtS 2013 had een sociaal/maatschappelijke insteek.

De herinrichting van het sociale domein, waarin 'zelfredzaam', 'eigen regie' en 'samen redzaam' de credo's zijn voorspelt een andere toekomst voor aankomende eeuwingen.

Met onze documentaire agenderen we de toekomst voor de volwassenen van nu. Hoe gaan zij in deze veranderende context zorgen dat ze gezond en vitaal oud worden? In publiek-private samenwerking is een documentaire gemaakt die laat zien dat de technologie een belangrijke rol gaat spelen. De maatschappelijke thema's linken direct aan de kernboodschappen uit onze rVTV 2012 ('omgeving bepaalt gezondheid', 'heb oog voor de kwetsbaren' en 'zorg voor andere zorg').

*Aanpak/methode.* In de workshop laten we passages uit de documentaire zien. Vervolgens bespreken we hoe de film wordt gebruikt om in dialoog te gaan over hoe mensen het eigen leven vorm geven binnen de veranderende context van terugtrekkende overheid. Met de portretten van de Zeeuwse eeuwingen uit de film willen we mensen triggeren na te denken en in gesprek te gaan over hoe ze zelf oud willen worden in de huidige maatschappij. Kijk op: [www.goedemorgentoeekomst.nl/Resultaten/opbrengsten](http://www.goedemorgentoeekomst.nl/Resultaten/opbrengsten). Het project stelt zich ten doel om via de documentaire aandacht te vragen, bewustwording te kweken en in dialoog te gaan rondom belangrijke thema's die spelen binnen Publieke Gezondheid. Door de realisatie van de documentaire, het vertonen ervan tijdens Film by the Sea en het gedurende een langere periode gebruiken van de film binnen kleinere settings (bibliotheken, buurthuizen, zorgcentra etc.) als aanleiding voor dialoog en debat en via de uitzending op televisie (Omroep Zeeland) wordt dit bereikt. Het filmfestival FbtS in september trok 45.000 bezoekers, waarvan ca. 1500 de film zagen. De uitzending op de regionale TV trok ca. 182.000 kijkers.

## Van Atlas en Kompas naar VolksgezondheidsZorg.info: een vernieuwde interactieve website als basis voor de VTV

M. Verschuuren, M. Verschuuren, E.A. van der Wilk, H. Giesbers, A. de Vries

RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstellingen.* Het RIVM beheert verschillende websites die informatie bevatten over de toestand van de volksgezondheid in Nederland. Deze websites, zoals het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Zorgatlas, vormen de basis voor de vierjaarlijkse VTV-rapportages. Experts van verschillende organisaties dragen bij aan de inhoud. Per week bezoeken zo'n 50.000 mensen het Kompas en de Atlas. Informatie over onderwerpen zoals roken en zorggebruik staat nu over verschillende websites verspreid, zodat het moeilijk is de gebruiker een goed overzicht te geven. Daarom wordt in opdracht van VWS een nieuwe, geïntegreerde website ontwikkeld; VolksgezondheidsZorg.info (voorlopige naam). Deze website is nog in ontwikkeling en wordt gefaseerd in de loop van 2014 in gebruik genomen. De workshop biedt toekomstige gebruikers van de website de gelegenheid om mee te denken en hun voorkeuren te delen met de ontwerpers van de site. *Aanpak/methode.* VWS verzorgt een korte inleiding: waarom is het voor VWS van belang dat er betrouwbare, actuele

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

informatie over de volksgezondheid beschikbaar is voor een brede groep van gebruikers? Dan volgt een demonstratie van de (voorlopige) nieuwe website, waarna de deelnemers zelf met de website aan de slag kunnen. Vervolgens is er een korte online terugkoppeling van de bevindingen van de deelnemers; voldoet de website aan hun informatiebehoeften, bevat de website die functionaliteiten die de deelnemers verwachten en zijn ze gemakkelijk te gebruiken, etc.? De bevindingen worden tot slot plenair gedeeld.

*Resultaten/opbrengsten.* De deelnemers worden geïnformeerd over de ontwikkeling van de nieuwe website.

Deelnemers kunnen feedback geven zodat de uiteindelijke website beter aan hun behoeften kan voldoen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* De nieuwe website Volksgezondheidszorg.info vervangt het Nationaal Kompas Volksgezondheid, de Nationale Zorgatlas, de Kosten van Ziekten-website, de Zorgbalans website en Zorggegevens.nl. Volksgezondheidszorg.info wordt een bron van beleidsrelevante, betrouwbare en actuele informatie over de toestand van de volksgezondheid in Nederland.

## Volksgezondheid in een mondiale samenleving; hoe nationale en internationale gezondheidsvraagstukken te integreren?

R. van de Pas, M. Meurs

Wemos, Amsterdam

*Achtergrond en doelstelling.* Gezondheid was altijd al een internationale aangelegenheid; ziektekiemen houden zich niet aan landsgrenzen. Door de hoge mobiliteit en sterke verwevenheid van de wereldeconomie raken landen en bevolkingsgroepen echter steeds sterker met elkaar verbonden. Dit brengt mogelijkheden en risico's met zich mee voor de volksgezondheid. Antibiotica-resistentie, zoönoses, en griepuitbraken zijn hier een voorbeeld van. Ook indirect heeft mondialisering een enorme impact op gezondheid, door bijvoorbeeld de economische crisis, klimaatverandering en de verspreiding van westerse leef- en eetgewoonten, waardoor de prevalentie van overgewicht explosief is gestegen.

Om de risico's voor de volksgezondheid effectief aan te pakken zijn afstemming en afspraken nodig met andere landen. Een aantal landen heeft hiervoor reeds nationale strategieën voor mondiale gezondheid ontwikkeld, Nederland nog niet. (Zie o.a. de Duitse mondiale gezondheidsstrategie: <http://www.health.bmz.de/en/knowledge/knowledge-repository/policy-briefs/shaping-global-health/index.jsp>.)

*Aanpak/methode.* Deze workshop wordt ingeleid door een (internationale) spreker. Hierna worden aan de hand van het NCDO kennisdossier Mondiale Gezondheid enkele voorbeelden in kleinere groepen uitgewerkt waarbij een analyse wordt gemaakt van bestaand nationaal en internationaal beleid en actoren. (Zie [www.ncdo.nl/globaliseringsreeks](http://www.ncdo.nl/globaliseringsreeks). (kennisdossier gezondheid wordt binnenkort geupload.)) Gezamenlijk worden hiaten geïdentificeerd en aanbevelingen gemaakt of verdere internationale samenwerking nodig is en zo ja, welke stappen hiervoor gezet moeten worden.

*Resultaten/opbrengsten.* Deze workshop geeft inzicht in internationale gezondheidsrisico's en hoe deze het beste kunnen worden benaderd. De brainstorm tijdens de werkgroepen

brengt punten naar voren die van belang zijn in de Nederlandse benadering van mondiale gezondheid. Aanbevelingen worden gebruikt in verder overleg met ministeries en volksgezondheidsexperts.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Volksgezondheid in Nederland en elders zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. In tijden van economische onzekerheden is de Nederlandse gezondheidssector zich aan het hervormen. Hierbij is het van essentieel belang dat internationale gezondheidsthema's geïntegreerd worden in de Nederlandse benadering van volksgezondheid. In deze workshop worden hier concrete aanbevelingen

## De integratie van preventie en curatie: De public health spreekt zich uit

T. Ploch<sup>1</sup>, D.i.a.n.d Veldman<sup>2</sup>, T. Oostrom<sup>3</sup>, M. Oomens<sup>4</sup>, C. Koning<sup>5</sup>

<sup>1</sup>NPHF Federatie voor gezondheid, Utrecht

<sup>2</sup>Rutgers WPF, Utrecht

<sup>3</sup>Nierstichting, Bussum

<sup>4</sup>GGD Nederland, Utrecht

<sup>5</sup>KAMG, Utrecht

*Achtergrond & doelstelling.* Het besef dringt door dat een toekomstbestendiger zorgstelsel vraagt om een integratie van preventie en curatie. Basisgedachte is dat het volume van de zorg op de voorkant van gezondheidsproblemen moet worden geconcentreerd om te voorkomen dan wel zo lang mogelijk uit te stellen dat mensen zorg nodig hebben. Deze integratie krijgt extra betekenis in het licht van het Nationale Programma Preventie én de zogeheten '3D-operatie' waarmee gemeenten zich geconfronteerd zien. Tevens is duidelijk zichtbaar dat op lokaal/regionaal niveau zorgaanbieders uit de cure, care en welzijnssector nadrukkelijk in beweging zijn en preventie beginnen te omarmen. Echter, het valt op dat de publieke gezondheidszorg relatief afwezig is in het debat. In het licht van deze achtergrond is het tijd dat de publieke gezondheidszorg zich nadrukkelijker over de integratie van cure en preventie uitsprekt en zich in het debat over de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg mengt.

*Aanpak.* Tijdens de workshop zullen een viertal inleiders zich uitspreken over concrete ideeën bij de integratie van preventie en curatie. Vanuit hun respectievelijke achtergronden zullen zij iets zeggen over het belang van deze integratie en in het bijzonder de rol die zij voor hun organisaties en zichzelf zien weggelegd om dit te bereiken.

- Opening minisymposium Thomas Ploch (5 minuten)
- Dianda Veldman, voorzitter Landelijk Themainstituten (10 minuten)
- Tom Oostrom, voorzitter Samenwerkende Gezondheidsfondsen (10 minuten)
- Cisca Koning, voorzitter KAMG (10 minuten)
- Marianne Oomens, directeur a.i. GGD Nederland (10 minuten).
- discussie

*Beoogde opbrengsten/conclusies.* De workshop beoogt een bijdrage te leveren aan de wijze waarop de publieke gezondheidszorg zich in het debat over de integratie van preventie en curatie en de toekomstbestendigheid van de zorg zou kunnen

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

gaan mengen. Beoogde opbrengst is het verkrijgen van input voor het concreet uitwerken hoe de publieke gezondheidszorg de integratie van preventie en curatie kan vormgeven.

## **Natuur benutten voor gezondheid: de praktijk inspireert**

*E.J. Hemke*

*Ministerie van Economische Zaken, Den Haag*

*Achtergrond en doelstelling.* De verbinding natuur en gezondheid is in beweging, zowel lokaal als landelijk. Veel initiatieven tonen aan dat natuur helpt mensen zich gezond te laten voelen en dat natuur bijdraagt aan hun welzijn; er zijn belangrijke aanwijzingen dat natuur een positieve invloed heeft op de fysieke, psychische en sociale gezondheid. Verschillende partijen willen (samen)werken om natuur meer in te zetten voor een gezondere leefstijl en meer gezondheid. Hoe? Door lokale en regionale initiatieven te stimuleren, de informatievoorziening over wat er concreet mogelijk is richting patiënten en huisartsen te verbeteren en elkaar te ontmoeten. In deze workshop gaan we aan de slag met een aantal praktijkvoorbeelden met groen op verschillende punten in de zorgketen. Van bewegen in het groen tot de bouw van een ziekenhuis in een groene omgeving.

*Aanpak/methode.* Algemene (korte) presentatie op het thema. Enkele pitches over concrete initiatieven op het raakvlak van zorg en natuur. Discussie over succes- en faalfactoren, do's en dont's in de praktijk en kansen voor opschaling.

*Resultaten/opbrengsten.* Bewustwording van mogelijkheden van het gebruik van natuur voor gezondheid in de praktijk en een analyse van succes en faalfactoren van dit innovatieproces.

*Conclusies en aanbevelingen.* De workshop focust op het gebruik van een groene omgeving voor gezondheid en opschaling van initiatieven in Nederland. De oogst van de workshop vormt input voor de implementatie van de Natuurvisie en van het Nationaal Programma Preventie.

## **Belang van hiv-testen, drempels en hoe deze barrières te slechten?**

*M.H. Bos*

*Soa Aids Nederland, Amsterdam*

*Achtergrond en doelstelling.* Wereldwijd neemt het aantal nieuwe hiv diagnoses af. In Nederland is dat aantal stabiel rond de 1100 diagnoses per jaar. 43% van deze nieuwe hiv patiënten krijgt deze diagnose als zij al aids symptomen of een ernstig aangetast immuun systeem hebben. Tegelijkertijd is de behandeling van hiv sterk verbeterd, zowel in wijze van inname, bijwerkingen als lange termijn complicaties. Verbeterde hiv testen kunnen enkele weken na infectie deze infectie aantonen. Een vroege behandeling is in het belang van patiënt maar vermindert ook hiv-transmissie. Meer en vaker op hiv testen zou de crux kunnen zijn tot hiv bestrijding. Maar zowel bij professionals als patiënten zijn er drempels om een hiv test te doen.

*Aanpak.* Na een korte introductie in de epidemiologie van hiv en resultaten van behandeling bij diverse groepen patiënten in Nederland behandelt een vertegenwoordiger van de HIV

vereniging Nederland vanuit klant-perspectief barrières die worden ervaren in het hiv testen. De programmaleider MSM/EM van Soa Aids Nederland behandelt een nieuwe strategie om mannen die seks hebben met mannen te bereiken. Tevens besteedt hij aandacht aan de barrières die leven in groepen etnische minderheden, de tweede groep waar hiv infecties veel voorkomen in Nederland. Hanna Bos, arts M&G IZB behandelt de richtlijnen ten aanzien van indicator ziekten hiv en de kansen en barrières die deze opleveren.

Aan de hand van informatie, 6 audio-testimonials en 1 filmpje wordt met de zaal van gedachten gewisseld over de drempels om op hiv te testen, hoe deze barrières geslecht kunnen worden en welke kansen dit biedt om hiv in Nederland te bestrijden.

*Resultaten en aanbevelingen.* Het symposium levert aanbevelingen op om per risicogroep en risicogroep overstijgend de barrières tot hiv testen te slechten.

## **Sessie 25: Verzamelde presentaties: Intersectorale samenwerking**

### **Intersectorale samenwerking rondom een gezonde en leefbare wijk: Een Delphi-studie naar sectoren, aandachtsgebieden en factoren**

*D.M. van der Klauw, L.H. Engbers, J.D. Slinger, P.E. van Empelen TNO, Hoofddorp*

*Achtergrond en doelstelling.* Gezondheid en kwaliteit van leven kunnen worden bevorderd door een gezonde en leefbare wijk. Voor de realisatie van een gezonde wijk is samenwerking tussen sectoren noodzakelijk. Dit onderzoek richtte zich op de vraag hoe effectieve intersectorale samenwerking gerealiseerd kan worden en focuste zich op belangrijkste aandachtsgebieden voor een gezonde wijk, de te betrekken sectoren en de belangrijkste factoren voor effectiviteit van de samenwerking. *Aanpak/methode.* Middels een Delphi-studie werden in twee rondes aan 27 deskundigen 71 stellingen over beïnvloedende factoren voorgelegd, welke gecategoriseerd konden worden binnen vier kerncomponenten: (1) de samenwerkingscontext, (2) -structuur, (3) -proces en (4) prestaties. Daarnaast werden experts bevraagd over de aandachtsgebieden voor een gezonde en leefbare wijk en de te betrekken sectoren. In de tweede ronde zijn de experts ook bevraagd over randvoorwaarden bij de stellingen.

*Resultaten/opbrengsten.* Het onderzoek laat zien dat groenvoorzieningen, sport- en spelmogelijkheden, woningkwaliteit, veiligheid en sociale cohesie aandachtsgebieden zijn voor een gezonde en leefbare wijk. Om dit te bewerkstelligen zijn sectoren als ruimtelijke ordening, gezondheid (szorg) en welzijn, de middenstand, sportorganisaties, scholen, woningbouwcorporaties, de buurt en haar bewoners nodig. De expertconsultatie resulteerde in 25 factoren die als belangrijk werden verondersteld voor effectieve intersectorale samenwerking. De grootste consensus bereikten experts over de aanwezigheid van een aanjager van de samenwerking (structuur), het belang van een 'lerende organisatie' en de aanspreekbaarheid van partijen (proces). Factoren waarover consensus bestond in de context



## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

waren bijvoorbeeld de juiste kennis en competenties van deelnemende organisaties en bij prestaties werd de zichtbaarheid van inzet door organisaties belangrijk bevonden. Stellingen waarvan experts aangaven dat bepaalde randvoorwaarden belangrijk zijn, zijn als zodanig opgenomen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Door de belangrijkste aandachtsgedebieden, sectoren en factoren te inventariseren voor effectieve samenwerking is dit een eerste aanzet voor het systematisch realiseren van optimale samenwerking voor een gezonde en leefbare wijk.

### Vijf intersectorale samenwerking in negen pilots rondom een beweegvriendelijke omgeving

J.D. Slinger  
TNO, Leiden

*Achtergrond en doelstelling.* Om de gezondheid en veiligheid van inwoners te verbeteren worden in de lokale context veranderingen in de fysieke omgeving met sociale activiteiten gecombineerd. Bij deze veranderingen zijn verschillende sectoren betrokken, zoals de gemeente maar ook sportverenigingen, scholen of wijkpanels en is een goede samenwerking onontbeerlijk. In het huidige onderzoek hebben we, gebaseerd op een ontwikkeld model rondom intersectorale samenwerking, getracht inzicht te krijgen in de samenwerkingsstructuur en het samenwerkingsproces dat ten grondslag ligt aan veranderingen binnen wijken.

*Aanpak/methode.* Negen pilots (n = 23 stakeholders), uitgevoerd binnen het programma 'beweegvriendelijke omgeving' zijn acht maanden gevolgd, waarbij in twee rondes individuele en focusgroep gesprekken zijn gevoerd. Daarnaast hebben deelnemers eenmalig een vragenlijst ingevuld.

*Resultaten/opbrengsten.* De evaluatie laat grote verschillen zien in wat de verschillende samenwerkingsverbanden hebben bereikt, variërend van fysieke aanpassingen tot het opbouwen van relaties. Daarnaast liet het onderzoek twee type structuren van intersectorale samenwerking zien. In het eerste type werd de samenwerking geïnitieerd door de gemeente, het betrof een top-down benadering die gericht was op samenwerking binnen de gemeentelijke organisatie. Kenmerkend voor dit type is dat burgers werden geconsulteerd en geïnformeerd, maar geen actieve rol hadden en dat continuering van de werkzaamheden werd gewaarborgd via beleid. In het tweede type samenwerking waren vooral sportverenigingen, scholen en wijkpanels centrale spelers. Deze bottom-up samenwerkingsvorm werd gekarakteriseerd door een netwerk benadering waarin projectleiders een belangrijke rol hadden in het aantrekken van nieuwe partijen, zodat het netwerk en de pilot worden voortgezet. Daarnaast werd duidelijk dat de samenwerking in pilots afhankelijk was van de projectleiders. Hun focus lag hierbij op het aangrijpen van kansen en het informeren en samenbrengen van stakeholders.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Hoewel pilots elementen bevatten van beide type samenwerkingsstructuren, werd de netwerkbenadering als het meest toekomstbestendig beschouwd, waarbij spelers buiten de gemeente een belangrijke rol hebben.

### Gezond ouder worden: Bouwen aan een duurzame samenwerking

M. van Tol<sup>1</sup>, A. Wagemakers<sup>2</sup>, J. Heinrich<sup>1</sup>, J. Lezwijk<sup>1</sup>, M.A. Koelen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGD Noord- en Oost-Gelderland, Apeldoorn

<sup>2</sup>Wageningen Universiteit, Wageningen

*Achtergrond en doelstelling.* Het bevorderen van sociale participatie bij ouderen vereist samenwerking tussen organisaties op het gebied van welzijn, zorg en wonen. In het project Gezond Ouder Worden in Apeldoorn voert Academische Werkplaats AGORA onderzoek uit naar factoren die van invloed zijn op een duurzame samenwerking.

*Gebruikte aanpak.* Actieonderzoek is toegepast om de samenwerking in twee werkgroepen rondom Gezond Ouder Worden te faciliteren en evalueren. Het theoretisch kader wordt gevormd door het Healthy Alliances (HALL) Framework en de cyclus van Reflective Monitoring in Action, waarin reflectie en leren verweven zijn om structurele veranderingen te bewerkstelligen. Met 20 professionals van de werkgroepen is een individueel interview gehouden en met beide werkgroepen is in een focusgroepgesprek gediscussieerd over duurzame samenwerking. Om de gesprekken positief te stimuleren zijn de vragen geformuleerd op basis van principes van waarderend onderzoek. Voor het faciliteren van de discussie en evalueren van de samenwerking is de coordinated action checklist gebruikt.

*Resultaten.* Institutionele factoren (beleid, financiën en eigen identiteit) en persoonlijke factoren (zoals attitude ten aanzien van samenwerking, eerdere ervaring met samenwerkingspartijen en eigen-effectiviteit) leveren een belangrijke aandeel in het slagen van de samenwerking en de duurzaamheid hiervan. Het reflecteren met elkaar op inhoud en proces hield het project levendig en gaf verbeterpunten voor vervolg. Belangen en behoeften kwamen hierdoor makkelijker op tafel en zorgden voor heldere communicatie.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Het opbouwen en onderhouden van samenwerking kost tijd en vraagt bepaalde competenties van projectleider én van deelnemers. De persoonlijke factoren zijn in alle fasen van een project van belang maar spelen ook nadrukkelijk een rol bij het verduurzamen van de samenwerkingsrelatie. Door op vaste momenten expliciet aandacht te vragen voor reflectie op de samenwerking, op de inhoud van het project en op elkaars rol kan de samenwerking worden bevorderd.

### Eerstelijnszorgateliers: modellen voor versterking wijkgerichte geïntegreerde eerstelijnszorg

M.S. Nieuwboer<sup>1</sup>, H. Schers<sup>1</sup>, G. Molleman<sup>2</sup>, M. de Groot<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Radboudumc, Nijmegen

<sup>2</sup>GGD Gelderland Zuid, Nijmegen

<sup>3</sup>ZZG Zorggroep, Nijmegen

*Achtergrond, vraagstelling.* Een goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang om de zorg van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. De eerstelijns staat onder druk. Het aantal chronisch zieken en ouderen neemt toe. De zorgverlening is versnipperd te weinig afgestemd; er zijn onvoldoende prikkels voor preventie en er is nog onvoldoende aandacht voor

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

wijkgerichte samenwerking (RVZ, 2013).

**Methodie.** We ontwikkelden een bottom-up programma 'Ateliers in de eerstelijnszorg' om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om eerstelijnszorg geïntegreerd vorm te geven en te stimuleren dat werkzame modellen uitgewisseld worden.

We ondersteunden negen 'ateliers', die als proeftuin werden aangemerkt voor het ontwikkelen van wijkgerichte samenwerkingsmodellen. We benaderden de wijkaanpak vanuit de as huisarts-wijkverpleging, waarbij de GGD als kennispartner voor preventieprogramma's fungeerde. We volgden een stapsgewijze werkwijze; we stelden een wijkprofiel op, bespraken dit profiel in groeps gesprekken met diverse wijkgericht werkende disciplines en/of bewoners. Op basis van dit wijkprofiel stelden we gezamenlijke inhoudelijke prioriteiten vast en werkten dit uit in kleine compacte projecten, die door de zorgverleners gezamenlijk werden uitgevoerd. Via een community, [www.eerstelijnszorgateliers.nl](http://www.eerstelijnszorgateliers.nl) presenteerden we de projecten en resultaten aan elkaar. Ook kwamen we twee keer per jaar bijeen om tijdens uitwisselingsbijeenkomsten elkaar te inspireren met goede voorbeelden.

**Resultaten / opbrengsten.** Na drie jaar zijn resultaten zichtbaar met betrekking tot samenwerkingsstructuur, gestructureerde methode voor wijkanalyse en planvorming, bewonersparticipatie en samenwerking rond inhoudelijke speerpunten, zoals Stoppen met Roken programma, valpreventieketen, betere signaleringsfunctie van depressie, aanpak van eenzaamheid en onverantwoord alcoholgebruik.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Blauwdrukken voor samenwerking zijn niet te geven, wel is het mogelijk gebleken diverse vormen van samenwerking te onderkennen, te verstevigen en verder te ontwikkelen. Het uitvoeren van een wijkanalyse is een goed startpunt om samenwerking rondom thema's vorm te geven. Het draagvlak voor de prioriteiten die hulpverleners stellen kan worden vergroot door participatie van bewoners.

## Sessie 26: Verzamelde presentaties: Hoe zorg en preventie verbinden

### Een theoretisch kader voor de verbinding van zorg, sport en bewegen; mogelijkheden voor de buurtsportcoach

E. Smit<sup>1</sup>, K.E.F. Leenaars<sup>2</sup>, M.A.E. Wagemakers<sup>2</sup>, G.R.M. Molleman<sup>1</sup>, J. van der Velden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Radboudumc, Nijmegen

<sup>2</sup>Wageningen Universiteit, Wageningen

**Achtergrond.** Vanaf 2013 zijn in Nederland ongeveer 60 buurtsportcoaches gestart om preventie, zorg, sport en bewegen te verbinden. Het verbinden van deze sectoren vraagt de inzet en samenwerking van verschillende partijen en moet leiden tot meer buurtbewoners die gaan en blijven bewegen. Dit past in het nieuwe Nationaal Programma Preventie. Onderzoek wordt uitgevoerd naar het effect van de inzet van de buurtsportcoach. **Doelstelling.** Het ontwikkelen van een adequaat theoretische kader om het onderzoek naar de inzet van de buurtsportcoach te onderbouwen.

**Methodie.** Literatuuronderzoek is uitgevoerd om theorieën, raamwerken en factoren van belang voor de verbinding tussen

preventie, zorg, sport en bewegen in kaart te brengen. Daarnaast zijn (inter)nationale duurzame gezondheidsbevorderende programma's geanalyseerd om kansen en knelpunten voor de verbinding tussen zorg, sport en bewegen te inventariseren. **Resultaten.** De basis van het theoretisch kader voor de verbinding tussen preventie, zorg, sport en bewegen wordt gevormd door het Expanded Chronic Care Model (ECCM), een samenvoeging van het Chronic Care Model en de principes uit het Ottawa Charter. Het ECCM is aangevuld met factoren uit het Public Health model (Robles, 2004) en Ontwikkelingsmodel voor Keten zorg (Vilans, 2013). Op deze wijze verbindt het gevormde kader preventie, zorg, sport en bewegen. Om ook de rol van de buurtsportcoach te kunnen onderzoeken is een schakelfunctie toegevoegd. De functie van een schakel is onder meer initiatief nemen voor het opzetten en behouden van netwerken met professionals uit de zorg-, sport- en beweegsector, informatie verzamelen en verspreiden en zorg dragen voor de overdracht van buurtbewoners van de zorg naar het sport- en beweegaanbod en vice versa.

**Conclusie en aanbevelingen.** Het ontwikkelde theoretisch kader geeft handvatten om factoren van belang voor de verbinding tussen zorg, sport en bewegen te onderzoeken. Nieuw is dat de functie buurtsportcoach als schakel expliciet wordt gemaakt waardoor de meerwaarde van deze schakelfunctie onderzocht kan worden.

### Pilot stuurinformatie integrale zorg en preventie op wijk niveau in de wijk Utrecht Noordwest

F.L. Buchner<sup>1</sup>, H. Schreurs<sup>1</sup>, M.E. Numans<sup>2</sup>, E.J.C. van Ameijden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GG&GD Utrecht, Utrecht

<sup>2</sup>UMC Utrecht, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Intensievere samenwerking op wijkniveau tussen welzijn, preventie en zorg wordt gezien als een belangrijk middel om (gezondheids)verschillen te verkleinen, te komen tot proactief beleid en (zorg)kosten in de hand te houden. Vanuit diverse beleidsvelden wordt de integrale aanpak van maatschappelijke, sociale en gezondheidsproblemen op wijkniveau gestimuleerd. Inhoudelijk is stapeling van problemen op meerdere gebieden bij dezelfde personen een uitdaging. Het hoofddoel van het pilotonderzoek is het exploreren van de mogelijkheden en beperkingen van integrale monitoring door individuele koppeling van databronnen. Voor dit project zijn registraties van gemeente, welzijn en gezondheidszorg in één Utrechtse wijk op individueel niveau gekoppeld om stapeling van problemen in beeld te brengen. **Aanpak/methode.** Beschikbare databronnen op het gebied van gezondheid, welzijn, en leefomgeving zijn geïnventariseerd. Samen met professionals uit de wijk zijn kenmerkende problemen en informatiebehoefte in kaart gebracht. Aan de hand van de individueel gekoppelde data is een beeld gemaakt van de wijk Utrecht Noordwest in 2010 met nadruk op de informatiebehoefte van de professionals.

**Resultaten/opbrengsten.** Een grote verscheidenheid aan databestanden is geïdentificeerd. Registraties van de gemeente (leeftijd, etniciteit, gezinssamenstelling, uitkering), dominante ziektekostenverzekeraar (zorggebruik), welzijnsorganisatie, gespecialiseerde psychiatrische zorg (diagnose) en schulphulp-

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

verlening zijn op individueel niveau gekoppeld. Clustering van problematiek en hoog risicogroepen konden geïdentificeerd worden. Dit heeft geleid tot een wijkbeeld ten aanzien van individueel gestapelde problematiek en zorgbehoeften. *Conclusies en aanbevelingen.* Het project heeft laten zien dat gekoppelde informatie, informatie uit losstaande databestanden kan verrijken. De methodologie kan gebruikt worden voor de identificatie van risicogroepen waardoor gerichte proactieve sturing met interventies mogelijk wordt. Belangrijke aandachtspunten zijn bescherming van de privacy, de kwaliteit en volledigheid van de gebruikte databronnen en een duidelijke visie omtrent het doel van het samenbrengen van deze data. Efficiëntere, geautomatiseerde, en 'real time' datakoppelingen zijn ontwikkelpunten voor verdere implementatie.

### **PRECURO. Hoe integreren we curatie en preventie in de ouderenzorg: een case-studie**

S.M. Grol<sup>1</sup>, G.R.M. Molleman<sup>2</sup>, A.J. Fransen<sup>1</sup>, H.J. Schers<sup>1</sup>, R. van der Sande<sup>2</sup>, C.L.M. Hoondert<sup>3</sup>, W.J.J. Assendelft<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Radboudumc, Nijmegen

<sup>2</sup>Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen

<sup>3</sup>GGD Gelderland Zuid, Nijmegen

*Achtergrond.* PRECURO maakt inzichtelijk hoe zorg voor ouderen in de wijk effectief en efficiënt georganiseerd kan worden. We kijken vanuit het perspectief van de huisarts naar de organisatie van ouderenzorg en brengen zo het praktijknetwerk van zorg- en welzijnsprofessionals in kaart. In het onderzoek ligt de nadruk op de manier waarop praktijknetwerken preventie en zorg met elkaar verbinden. Vier 'praktijknetwerken' in Nijmegen, Dodewaard en Tiel is gevraagd een verbeterproject te starten dat moet leiden tot een stevigere verbinding van preventie en zorg.

*De onderzoeksvragen.*

- Hoe wordt de ouderenzorg georganiseerd in de verschillende praktijknetwerken?
- Hoe werken de praktijknetwerken aan verbeterprojecten in de ouderenzorg?
- Wat zijn de effecten van de verbeterprojecten op de ouderen, het zorgaanbod en de kwaliteit van samenwerken?
- Wat is de invloed van gemeenten, zorgverzekeraars en zorggroepen op ouderenzorg in de praktijknetwerken?

*Methode.* Met behulp van een actiebegeleidend onderzoek observeren wij vier praktijknetwerken. Dit bestaat uit de volgende componenten:

- Interviews met ouderen over hun ervaringen met de eerste lijn;
- Focusgroepen met professionals over structuur en organisatie van ouderenzorg;
- Documentanalyse;
- Verbeterprojecten in de praktijknetwerken waarbij we ondersteuning bieden;
- Uitwisselbijeenvakomsten met de praktijknetwerken: professionals wisselen ervaringen uit. Het onderzoeksteam koppelt onderzoeksgegevens terug en gaat met de deelnemers in gesprek over onderzoekgerelateerde thema's.

De resultaten van het onderzoek worden geanalyseerd met behulp Atlas-ti.

*Resultaten.* Op basis van de voorlopige analyse van de eerste metingen lijken twee factoren belangrijk te zijn voor de verbinding van preventie en zorg in de praktijknetwerken: gestructureerd contact tussen de huisarts en een vertegenwoordiger van een welzijnsorganisatie én de historie van gestructureerde multidisciplinaire samenwerking in het praktijknetwerk. Preventie krijgt veelal vorm door screening op kwetsbaarheid van ouderen en casuïstische bespreking hiervan in multidisciplinair verband. Het blijkt nog moeilijk om op wijkniveau verbinding te leggen met de GGD om meer collectieve vormen van preventie te realiseren in de onderzochte praktijknetwerken.

### **Sessie 27: Verzamelde presentaties: Bevorderen van de seksuele gezondheid**

#### **Naar een meer doelmatig soa-testbeleid**

A.W.M. Suijkerbuijk, E.A.B. Over, F.D.H. Koedijk, B.H.B. van Benthem, M.A.B. van der Sande, A.K. Lugner  
RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* Sinds 2012 worden heteroseksuele soa-polibezoekers tot 25 jaar, zonder andere risicofactor, niet meer getest op vier soa's maar eerst alleen op chlamydia. Pas bij een positieve uitslag wordt op overige soa's getest. In deze studie is de doelmatigheid van deze maatregel geëvalueerd. Daarnaast zijn additionele aanpassingen in het testbeleid verkend.

*Aanpak/methode.* Om het nieuwe beleid te toetsen zijn 2011 data van de soa-poliklinieken gebruikt voor de doelgroep "jongere tot 25 jaar zonder ander soa-risico". Uit de 2012 database zijn andere risicogroepen geselecteerd die de soa-polikliniek bezoeken. Berekend is hoeveel testkosten bespaard en soa's gemist worden als bij hen eerst alleen op chlamydia of bij gebruik van een combinatie-PCR ook op gonorrhoe getest wordt. De bespaarde testkosten per gemiste soa dienen als maat voor doelmatigheid.

*Resultaten/opbrengsten.* Soa-polibezoekers tot 25 jaar, zonder overig risico op een soa, eerst alleen testen op chlamydia zou in 2011 hebben geleid tot een besparing van 1,1 miljoen euro. Dit gaat ten koste van 31 gemiste soa, alle gonorrhoe (36.000 per gemiste soa). De doelmatigheid van deze maatregel kan toenemen door gebruik van een combinatie-PCR omdat dan ook gonorrhoe wordt opgespoord. Een combinatie-PCR gebruiken voor alle heteroseksuele bezoekers tot 25 jaar, niet afkomstig uit een soa-endemisch gebied, kan een testkostenbesparing opleveren van 3,8 miljoen euro. Zeven syfilis- en vier hiv infecties zouden zijn gemist (besparing van 347.000 per gemiste soa).

*Conclusie en aanbevelingen.* Het landelijk aangescherpte testbeleid heeft geleid tot een aanzienlijke besparing in testkosten. De doelmatigheid kan verder toenemen met de structurele inzet van een combinatie-PCR. Alle heteroseksuele bezoekers tot 25 jaar, niet afkomstig uit een soa-endemisch gebied, eerst alleen testen met een combinatie-PCR zou tot verdere besparingen leiden. Voor toekomstig onderzoek is het relevant om ook het effect op soa-transmissie mee te nemen, evenals de kosten en ziektelast van de afzonderlijke soa's.

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

### **Enne ..., vergeet je niet je partner te waarschuwen? Partnerwaarschuwing bij soa in de huisartspraktijk.**

A. Watzeels

Gemeente Rotterdam, Rotterdam

*Achtergrond en doelstelling.* In 2012 is op de soa-poli's in Amsterdam en Rotterdam met succes een proef afgerond met online partnerwaarschuwing via [www.suggestatest.nl](http://www.suggestatest.nl). Omdat zo'n 75 % van alle soa's gediagnosticeerd wordt door de huisarts is in Rotterdam een vervolgpriject gestart in de huisartspraktijk, waarin ook aanvullende tools ontwikkeld worden om zowel huisartsen als soa-patiënten (beter) te ondersteunen bij de partnerwaarschuwing.

Dit project draagt bij aan de bestrijding van soa's en de vermindering van herinfecties en soa-gerelateerde complicaties in de algemene bevolking.

*Aanpak/methode.* Door middel van groepsgesprekken, interviews en schriftelijke vragenlijsten is onderzocht wat de huidige praktijken en barrières zijn onder professionals in de huisartspraktijk m.b.t. partnerwaarschuwing, aan welke ondersteunende tools behoefte is en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden. Er zijn 30 professionals geïnterviewd: 15 huisartsen, 6 doktersassistenten, 6 praktijkondersteuners, 1 verpleegkundig-specialist en 2 soa-verpleegkundigen. Daarnaast zijn 26 soa-patiënten geworven via huisartsen (2) en de soa poli (24), en telefonisch geïnterviewd over hun barrières m.b.t. partnerwaarschuwing en hun behoefte aan ondersteunende tools.

*Resultaten/opbrengsten.* De professionals noemen als barrières voor partnerwaarschuwing: gebrek aan tijd, staat niet op de agenda, geen taak/verantwoordelijkheid huisarts, kent gezinssituatie patiënt te goed. Ze hebben behoefte aan ondersteuning in de vorm van een protocol/checklist, code bij soa-uitslag om mee te geven aan patiënt, achtergrondinformatie, filmpjes met voorbeeldgesprekken. Soa-patiënten noemen als barrières: geen (goed) contact met ex-partner(s), angst voor reactie partner/omgeving, boosheid t.o.v. (ex-)partner. Zij geven aan behoefte te hebben aan filmpjes met voorbeeldgesprekken, tips, ervaringen van anderen, chatten met een soa-verpleegkundige, informatie over soa en het voorkomen van soa.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Momenteel wordt de online waarschuwingmodule aangepast en nieuwe tools ontwikkeld voor zowel professionals als soa-patiënten. Deze zullen in een pilot worden geëvalueerd. Met het oog op toekomstige landelijke implementatie is er nauwe samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap.

### **Project PRO-test: Proactiever opsporen van hiv in hoog prevalentie gebieden ter preventie van late presentatie.**

I.K.C.W. Joore, I.K.C.W. Joore, M.J.P. Kruijjer, S.E. Geerlings, J.M. Prins, J.E.A.M. van Bergen

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

*Achtergrond.* Sinds de 'land-mark'-trial van Cohen uit 2011 aantoonde dat tijdige behandeling een 96% reductie van overdracht bewerkstelligt in serodiscordante paren, is 'Treatment as Prevention' een belangrijk doel geworden. In

Nederland is er sprake van een geconcentreerde hiv-epidemie, waarbij hiv-infecties, vooral voorkomen bij mannen die seks hebben met mannen en onder personen afkomstig uit hiv endemische gebieden. Rond de 30% van de mensen met hiv is nog niet gediagnosticeerd. Vooral personen uit hiv endemische gebieden komen in meer dan de helft van de gevallen te laat in zorg. In de regio Amsterdam Zuidoost wonen veel mensen uit hiv endemische gebieden. Recentelijk, is er meer aandacht om te testen in gebieden met een achtergrondprevalentie van > 2 per 1000. Tevens wordt bij hiv-indicatoraanvoeningen met een hiv-prevalentie > 1 per 1000 een hiv-test geadviseerd. In deze retrospectieve cohort studie proberen wij een beter beeld te krijgen van hiv in het hoog prevalentie gebied Amsterdam Zuidoost en exploreren we mogelijkheden voor het optimaliseren van de testpraktijk.

*Methode.* Uit een het centrale registratienetwerk van de afdeling Huisartsgeneeskunde in het Academisch Medisch Centrum werd tussen 2002 en 2012 informatie verzameld van alle hiv-patiënten uit zes huisartsenpraktijken in Amsterdam Zuidoost.

*Resultaten.* Er zijn 452 hiv-patiënten geïnccludeerd. Voor 104 van hen was complete data beschikbaar. In 2012 was de overall prevalentie 5 hiv-infecties per 1000. Gemiddeld zijn er 4.9 contactmomenten in een jaar voorafgaande aan de hiv-diagnose. Bij 37.5% is in het jaar voorafgaand aan diagnose een of meerdere keren bloed geprikt. Tevens zijn er verschillende hiv-indicatoraanvoeningen geobserveerd.

*Conclusie.* Het proactiever testen op hiv is zowel voor de individuele als algemene volksgezondheid van belang. Er is meer onderzoek nodig voor proactieve hiv opsporing in hoog prevalentie gebieden. In het PRO-test project worden verschillende interventies opgezet (testen op basis van risico, indicatorziekten en routinetesten) in Amsterdam Zuidoost.

### **Sessie 28: Verzamelde presentaties: Opkomen voor sociaal kwetsbare groepen**

#### **Meedoen en erbij horen: resultaten van een mixed methods onderzoek naar sociale uitsluiting**

A.P.L. van Bergen<sup>1</sup>, C. Ballering<sup>1</sup>, A. van Loon<sup>1</sup>, E.J.C. van Ameijden<sup>1</sup>, A.M. van Hemert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GG&GD Utrecht, Utrecht

<sup>2</sup>Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

*Achtergrond en doelstelling.* Sociale uitsluiting wordt door de WHO beschouwd als een belangrijke sociale determinant van gezondheid. De minder gunstige omstandigheden waarmee sociale uitsluiting gepaard gaat, zoals weinig financiële middelen, huisvestingsproblemen of minder toegang tot gezondheidszorg, kunnen direct en indirect invloed hebben op gezondheid. Daarnaast heeft het participeren in economische, sociale, politieke en culturele verbanden een eigen intrinsieke waarde en een positief effect op de gezondheid. Dit onderzoek heeft tot doel de relatie tussen sociale uitsluiting en gezondheid in kaart te brengen, risicogroepen te identificeren en aanknopingspunten te formuleren voor beleid gericht op de VTV perspectieven "Meedoen" of "Heft in eigen hand".

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

*Aanpak/methode.* De academische werkplaats OGGZ G4-USER heeft in samenwerking met het SCP een meetinstrument ontwikkeld om sociale uitsluiting in GGD gezondheidsenquêtes te meten. In Fase 1 hebben 19 van de 26 GGD'en dit meetinstrument opgenomen in de gezondheidsenquête 2012. Hierdoor kwamen van ruim 250.000 personen gegevens beschikbaar. Na correctie voor stedelijkheidsgraad en leeftijdsklasse zijn deze gegevens representatief voor de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder.

In Fase 2 worden semigestructureerde interviews afgenomen bij 45 respondenten die in de enquête hoog scoorden op sociale uitsluiting en toestemming gaven voor vervolgonderzoek.

*Resultaten/opbrengsten.* Van de respondenten die niet of nauwelijks sociaal uitgesloten zijn, heeft 2,3% een hoog risico op een stemmingsstoornis. Onder respondenten die matig tot sterk sociaal uitgesloten zijn, is dit 40,5%. Ook de kans op een slecht ervaren gezondheid is onder sociaal uitgesloten respondenten sterk verhoogd. Risicogroepen zijn Nederlanders met een lage arbeidsmarktpositie (werkloos, arbeidsongeschikt, bijstandsuitkering), mensen met een laag opleidingsniveau en niet westers allochtonen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* De resultaten van de gezondheidsenquête laten een sterke relatie zien tussen de mate van sociale uitsluiting en het voorkomen van gezondheidsproblemen. De eerste conclusies van het interviewonderzoek in fase 2 worden tijdens het NCVGZ 2014 gepresenteerd.

### Persoonlijk inkomen, buurtinkomen en depressie – het LifeLines onderzoek

B. Klijs<sup>1</sup>, E.U.B. Kibele<sup>2</sup>, L. Ellwardt<sup>2</sup>, M. Zuidersma<sup>1</sup>, R.P. Stolck<sup>1</sup>, I. Hutter<sup>2</sup>, R.P.M. Wittek<sup>2</sup>, C.F. Mendes de Leon<sup>3</sup>, N. Smidt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

<sup>2</sup>Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

<sup>3</sup>University of Michigan, Michigan, U.S.A.

*Achtergrond.* Het optreden van depressie hangt samen met individuele- en omgevingsgebonden kenmerken en is sterk geclusterd in groepen met een lage sociaaleconomische status. Het is onbekend of juist de sociaaleconomische positie van het individu of de sociaaleconomische kenmerken van de omgeving met name bijdragen aan het ontstaan van depressie. Het doel van dit onderzoek is nagaan in welke mate het optreden van depressie gerelateerd is aan individueel inkomen, het inkomen op buurtniveau en interacties tussen deze twee. Een tweede doel is nagaan in welke mate deze relaties worden verklaard door gezondheidsgerelateerde, psychische en sociale factoren.

*Methode.* De studiepopulatie bestaat uit een subgroep van de LifeLines cohort studie (N=94,516). Depressie is vastgesteld middels het MINI neuropsychiatrisch interview. De samenhang tussen huishoudinkomen, het percentage huishoudens met een laag inkomen in de buurt en depressie is onderzocht met mixed effects regressie modellen. Vervolgens zijn de modellen gecorrigeerd voor gezondheidsgerelateerde (chronische ziekten en leefstijl), psychische (stressvolle gebeurtenissen/levens-terreinen) en sociale factoren (participatie in clubs/sociale activiteiten en aantal sociale contacten). Alle analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, huishoudensamenstelling

en etniciteit.

*Resultaten.* Een laag huishoudinkomen (OR=2,88; <1250 euro versus  $\geq$ 1750 euro/mnd) en een hoog percentage huishoudens met een laag inkomen in de buurt (OR=1,16; gestandaardiseerd percentage) zijn onafhankelijk en statistisch significant gerelateerd aan het hebben van een depressie. Additionele controle voor gezondheidsgerelateerde, psychische en sociale factoren resulteerde in een betere fit van de modellen en lagere odds ratio's voor huishoudinkomen (2,42; 2,17 en 1,80) en buurtinkomen (1,12; 1,11 en 1,09). De interactie tussen individueel inkomen en buurtinkomen was niet statistisch significant.

*Conclusie.* Depressie komt relatief vaker voor bij mensen met een laag huishoudinkomen (<1250 euro per maand) en wanneer het gemiddelde inkomen in de buurt laag is. Het effect van een laag individueel inkomen hangt voor een aanzienlijk deel samen met gezondheidsgerelateerde- psychische, en vooral sociale factoren.

### Verstandelijke beperkingen onder daklozen: prevalentie en geassocieerde psychosociale problemen

B. van Straaten<sup>1</sup>, C. Schrijvers<sup>1</sup>, J. van der Laan<sup>2</sup>, S. Boersma<sup>2</sup>, G. Rodenburg<sup>1</sup>, J. Wolf<sup>2</sup>, D. van de Mheen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IVO, Rotterdam

<sup>2</sup>Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg (Omz), Nijmegen

*Achtergrond en doelstelling.* Studies hebben aangetoond dat, vergeleken met de algemene bevolking, daklozen (veel) vaker psychosociale problemen ondervinden. Daarnaast is er een groeiende aandacht voor het voorkomen van (licht) verstandelijke beperkingen onder daklozen. In dit onderzoek doen we een prevalentieschatting van vermoedelijke verstandelijke beperkingen onder daklozen in de vier grote steden. Daarnaast brengen we daaraan gerelateerde psychosociale problemen in kaart op het gebied van psychopathologie en middelengebruik (alcohol en drugs).

*Aanpak/methode.* Het onderzoek maakt deel uit van de Cohortstudie naar Daklozen in de vier grote steden (Coda-G4). Op de tweede meting (2012) van deze longitudinale studie hebben we 387 daklozen gescreend op verstandelijke beperkingen met de *Hayes Ability Screening Index* (HASI; Hayes, 2000). (Zie: Hayes S (2000) *Hayes Ability Screening Index (HASI) manual*. Behavioural sciences in medicine. Sydney.)

Psychopathologie is in kaart gebracht met de *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18; Derogatis, 2001) (Zie: Derogatis LR (2001) *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.) en middelengebruik- en afhankelijkheid is in kaart gebracht met de MATE (Schipper e.a., 2007). (Zie: Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A (2007) *MATE 2.0 handleiding & protocol*. Nijmegen: Bureau Beta.)

*Resultaten/opbrengsten.* Van de gescreende daklozen had 29,5% een vermoedelijke (licht) verstandelijke beperking. Deze groep had daarnaast significant vaker een verhoogde score op psychopathologie, in het bijzonder somatische klachten en depressieve stemming, en was vaker middelenaafhankelijk dan de daklozen zonder een vermoedelijke (licht) verstandelijke beperking.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Deze studie toont aan dat

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

verstandelijke beperkingen een relevant probleem vormt onder daklozen. Waar dakloosheid vaak al gepaard gaat met meer psychosociale problemen, vormt de groep daklozen met een (licht) verstandelijke beperking een extra kwetsbare groep. Deze bevindingen benadrukken het belang van speciale aandacht voor verstandelijke beperkingen binnen organisaties die met daklozen werken.

## Sessie 29: Verzamelde presentaties: Participatie en gezondheid

### Maatschappelijke/ recreatieve participatie en gezondheid van werklozen; het belang van controle over het eigen leven

B.E. Carlier

Erasmus MC, Rotterdam

*Achtergrond en doelstelling.* Een slechte gezondheid bemoeilijkt het vinden van betaald werk. Maar betaald werk kan ook bijdragen aan verbetering van de gezondheid. Werk zorgt voor regelmaat en structuur, sociale contacten en sociale identiteit. Als het niet mogelijk is om betaald werk te doen, is maatschappelijke participatie een goed alternatief. Het kan het verlies van sociale contacten en andere negatieve gevolgen van werkloosheid verminderen. Het doel van deze studie is het weergeven van maatschappelijke en recreatieve participatie van langdurig werklozen in Rotterdam en de samenhang van het meedoen aan activiteiten met gezondheid, depressieve symptomen en gevoel van controle.

*Methode.* Cross-sectioneel vragenlijstonderzoek met gegevens over gezondheid, maatschappelijke (informele zorg, vrijwilligerswerk en parttime betaald werk) en recreatieve participatie (buurtcontacten, uitgaan, cultuur, sport, activiteiten van verenigingen) bij bijstandsgerechtigden in Rotterdam (n=423) die in 2011 en 2012 werden aangemeld voor een re-integratie traject.

*Resultaten.* Uit de resultaten blijkt dat werklozen weinig meedoen aan maatschappelijke en recreatieve activiteiten. Daarnaast hangt participatie samen met gezondheid en depressieve klachten. Diegenen die parttime werkten (OR 2.41), informele zorg verleenden (OR 1.64), sociale contacten in de buurt hadden (OR 2.01) of meededen aan recreatieve activiteiten (cultureel OR 1.84 en sport OR 1.89), rapporteerden een betere ervaren gezondheid. De relatie tussen participatie en gezondheid is sterker bij de mensen die het gevoel hebben controle te hebben over hun leven.

*Conclusies en aanbevelingen.* Participatie van werklozen is relatief laag. Werklozen die actief participeren hebben een betere gezondheid en hebben minder last van depressieve symptomen, vooral in combinatie met een sterk gevoel van controle over het eigen leven. Het deelnemen aan recreatieve en maatschappelijke activiteiten kan bijdragen aan een betere gezondheid. Het is belangrijk actieve participatie en het gevoel van controle over het leven in deze groep te stimuleren, zodat de ervaren gezondheid verbetert en de kans op betaald werk toeneemt.

### De relatie tussen het combineren van werk- en zorgtaken en gezondheidsuitkomsten

K. van Hedel, F.J. van Lenthe, J.P. Mackenbach

Erasmus MC, Rotterdam

*Achtergrond en doelstelling.* Het hebben van werk, getrouwd zijn en het hebben van kinderen zijn onafhankelijk geassocieerd met betere gezondheid en lagere sterfte. De literatuur biedt aanwijzingen voor zowel bevorderlijke als schadelijke gezondheidseffecten van de opeenstapeling van deze verschillende rollen. Deze studie draagt bij aan het inzicht in de relatie tussen werk-gezin combinaties en gezondheidsuitkomsten in een longitudinaal raamwerk.

*Methode.* Data afkomstig uit de Globe studie (de Gezondheid en Levens Omstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken) zijn geanalyseerd voor mannen en vrouwen tussen de 20 en 64 jaar. Longitudinale analyses zijn gebaseerd op metingen in 1991, 1997, 2004 en 2011. Combinaties van werk- en zorgtaken worden gedefinieerd aan de hand van drie dimensies; het hebben van werk, getrouwd zijn of samenwonen en het hebben van tenminste één kind in het huishouden. Er is onder andere gekeken naar de relatie met mortaliteit, ervaren gezondheid, chronische ziekten, roken en alcoholgebruik.

*Resultaten.* Zowel de prevalentie van slechte gezondheidsuitkomsten als de hoogte van de sterftecijfers verschillen tussen de verschillende combinaties van werk- en zorgtaken voor mannen en vrouwen. Vergeleken met de groep niet alleenwonende werkenden met tenminste één kind in het huishouden, hebben bijna alle andere combinaties significant hogere sterftecijfers. De resultaten voor ervaren gezondheid en het hebben van één of meer chronische ziekten laten een soortgelijk patroon zien. De resultaten voor roken wijzen uit dat alleenwonende mannen en vrouwen hogere prevalenties hebben dan mannen en vrouwen die getrouwd zijn of samenwonen. Op basis van voortgaande data-analyse op de longitudinale data worden tijdens het congres aanvullende resultaten gepresenteerd.

*Conclusie.* Verschillende combinaties van werk- en zorgtaken leiden tot verschillende gezondheidsuitkomsten. Getrouwde of samenwonende, werkende mannen en vrouwen met tenminste één kind in het huishouden hebben over het algemeen betere gezondheidsuitkomsten. Wij verwachten dat deze resultaten ook in een longitudinale analyse standhouden.

### Maatschappelijke participatie in Amsterdam

H. Dijkshoorn, J.K. Ujcic-Voortman, F. Hazeleger, A. Janssen

GGD Amsterdam, Amsterdam

*Achtergrond en doelstelling.* In 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg, delen van de AWBZ en voor participatie van mensen met afstand tot de arbeidsmarkt. Uitgangspunt bij de decentralisatie van deze taken is dat gemeenten burgers stimuleren om mee te doen aan de samenleving. Om meer inzicht te krijgen in groepen burgers voor wie participatie niet vanzelfsprekend is, hebben we de maatschappelijke participatie van groepen Amsterdammers onderzocht, onder meer van Amsterdammers met een chronische ziekte of een beperking. *Methode.* In 2012 werden in een gezondheidsenquête onder 5.113 Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar gegevens verzameld

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

over lichamelijke en psychische gezondheid, lichamelijke beperkingen en maatschappelijke participatie. Onder maatschappelijke participatie werd verstaan het doen van betaald werk of vrijwilligerswerk, een opleiding volgen en/of het verlenen van mantelzorg. Berekeningen zijn gedaan met SPSS Complex Samples.

**Resultaten.** De meeste Amsterdammers (87%) doen (on)betaald werk, volgen een opleiding en/of verlenen mantelzorg. Er zijn geen verschillen in participatie tussen mannen en vrouwen, maar wel naar leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, etnische herkomst en burgerlijke staat. Onder 55 t/m 64 jarigen (72%), laagopgeleiden (75%), lage inkomensgroepen (75%), Turkse (70%) en Marokkaanse (66%) Amsterdammers en gescheiden (76%) of verweduwde Amsterdammers (64%) is de participatie lager dan gemiddeld. Chronisch zieken (81%) en inwoners met een matige of slechte ervaren gezondheid (65%), een lichamelijke beperking (60%) of ernstige psychische klachten (57%) participeren minder. Ook na correctie voor achtergrondkenmerken bleef dit patroon zichtbaar. Vooral de arbeidsparticipatie is lager in deze groepen, de participatie in vrijwilligerswerk en mantelzorg verschilt niet of nauwelijks. Opvallend: chronisch zieken verlenen vaker mantelzorg dan inwoners zonder chronische aandoening.

**Conclusie en aanbevelingen.** Amsterdammers met een ongunstige sociaaleconomische positie, ouderen, niet-westerse en gescheiden of verweduwde inwoners participeren minder dan gemiddeld. Dat geldt ook voor Amsterdammers met gezondheidsproblemen. Aandacht is nodig voor het bevorderen van arbeidsparticipatie onder inwoners met lichamelijke of psychische klachten.

## Werken maakt gezonder

M. Schuring, A. Burdorf  
Erasmus MC, Rotterdam

**Achtergrond.** Er zijn grote gezondheidsverschillen tussen werkende en niet-werkende mensen. Mensen met een minder goede gezondheid hebben een grotere kans om uit het arbeidsproces te raken en meer moeite om weer terug te komen in het arbeidsproces. Daarnaast heeft het verliezen van werk een negatieve invloed op de gezondheid, terwijl het verkrijgen van werk mogelijk een positieve invloed heeft.

**Methode.** Een longitudinaal onderzoek is uitgevoerd onder 965 Rotterdammers met een bijstandsuitkering. Gezondheid werd gedurende 6 maanden twee maal gemeten met de SF-36 vragenlijst. Werkhervatting was gedefinieerd als uitstroom uit de uitkering voor minimaal 3 maanden. Een Cox regressie analyse werd uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in determinanten van het starten met betaald werk. De invloed van werkhervatting op gezondheid werd onderzocht door middel van lineaire regressie analyse.

**Resultaten.** Bijstandsgerechtigden met een slechte ervaren gezondheid hadden een kleinere kans om te starten met een betaalde baan. Bijna alle dimensies van de gezondheid waren van invloed op de kans om aan het werk te gaan, waarbij het fysiek functioneren de grootste invloed had op werkhervatting. Werkhervatting had een positieve invloed op alle dimensies van de ervaren gezondheid, met name de mentale gezondheid

en het sociaal functioneren, met een effect size variërend van 0,11 tot 0,66.

**Conclusies.** Er zijn grote gezondheidsverschillen tussen werkende en niet-werkende mensen. Multidisciplinaire interventies, waarbij problemen gezamenlijk vanuit verschillende disciplines worden aangepakt, en interventies waarbij werk wordt ingezet als middel om herstel van gezondheidsproblemen te bevorderen, zijn veelbelovend.

## Sessie 30: Verzamelde presentaties: Integraal gezondheidsbeleid

### Impact van integraal gezondheidsbeleid op netwerkuitkomsten en de rol van netwerkmanagement en vertrouwen daarbij

D.T. Peters<sup>1</sup>, E.H. Klijn<sup>2</sup>, J. Harting<sup>1</sup>, K. Stronks<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

<sup>2</sup>Erasmus Universiteit, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Volksgezondheid wordt beïnvloed door factoren buiten de invloedssfeer van de volksgezondheidssector. Integraal gezondheidsbeleid (IGB) is een beleidsstrategie om deze factoren aan te pakken. Het is bekend dat de inzet van netwerkmanagementstrategieën en vertrouwen een positieve invloed hebben op netwerkuitkomsten. Wij vragen ons af of dit ook geldt in volksgezondheidsnetwerken en wat hierbij de rol is van IGB. De onderzoeksvraag luidt: *In welke mate heeft IGB impact op netwerkuitkomsten en wat is de rol van netwerkmanagement en vertrouwen hierbij?*

**Methode.** In een web-based survey onder actoren in lokale Gezonde Slagkracht-projecten (N=278), zijn netwerkmanagement en vertrouwen onderzocht met gevalideerde vragen. In het concept netwerkprestaties is IGB geoperationaliseerd als beleidsintegratie (interrelatie tussen de inhoud van overheidsbeleid van verschillende sectoren) en coördinatie (proces om beleidsintegratie te realiseren), terwijl netwerkuitkomsten zijn gemeten in termen van beleidsinnovatie en de bijdrage aan volksgezondheid. We hebben lineaire regressie, logistische regressie en mediatie analyses gedaan op gepercipieerde data.

**Resultaten.** Zowel management als vertrouwen lijken gerelateerd aan een toename in de mate van IGB en netwerkuitkomsten; management heeft meer invloed dan vertrouwen. Binnen netwerkprestaties lijkt een toename in de mate van IGB gerelateerd aan een toename in de mate van netwerkuitkomsten. Een toename in de mate van IGB lijkt deels de positieve relatie tussen management en netwerkuitkomsten te bepalen.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Onze studie toont dat management en vertrouwen positief zijn gerelateerd aan netwerkuitkomsten in volksgezondheidsnetwerken. Deze relatie is vergelijkbaar met beleidsnetwerken in andere sectoren. Onze studie suggereert dat IGB van aanvullend belang kan zijn in het bereiken van netwerkuitkomsten. Daarom concluderen wij dat de prestaties van de volksgezondheidsnetwerken niet alleen profiteren van het toepassen van netwerkmanagementstrategieën en vertrouwen, maar ook van aanvullende investeringen in IGB. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of in andere beleidsnetwerken ook zo'n rol is weggelegd voor beleidsintegratie en coördinatie.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Instrumenten voor IGB

M.P.M. Bekker<sup>1</sup>, L. Tubbing<sup>2</sup>, J. Harting<sup>2</sup>, M. Jansen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>2</sup>Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

**Achtergrond.** In het kader van het ZonMw project Consortium Instruments for Integrated Action (i4i) is een concept mapping procedure uitgevoerd van de term Integraal Gezondheidsbeleid. Drie thema's hieruit vormen de basis voor een kwantitatief en een kwalitatief meetinstrument: Gezondheid (positionering van gezondheidsdeterminanten in beleid); Integratie (coherentie, intersectorale verbinding en kennis synthese); en Capaciteiten (leren en grenzenwerk in netwerken en andere voorwaarden voor samenwerking).

**Aanpak.** Om de thema's Gezondheid en Integratie te operationaliseren is een Delphi-studie uitgevoerd. Deze vormt de opstap naar een kwantitatief meetinstrument om te inventariseren hoe en in hoeverre lokaal IGB is vormgegeven in een gemeente op basis van (1) de Nota's Volksgezondheid, (2) de beleidsnota's uit andere domeinen, en (3) de gezichtspunten van de betrokkenen bij het beleidsproces. Voor het thema Capaciteiten is gekozen voor een responsieve evaluatiemethode, bijvoorbeeld een stakeholderworkshop. Betrokken partners van een specifiek initiatief gaan een gestructureerde dialoog aan over de betekenis en waarde die zij hechten aan het initiatief, het samenwerkingsproces, en de toekomst, om de voortgang te toetsen en het proces zo nodig bij te sturen. **Opbrengsten/resultaten.** Met de kwantitatieve checklist, in combinatie met een aanvullend interview met de betrokkenen, zijn beleidsnota's te beoordelen. Dit instrument is voor wetenschappelijk gebruik, waarbij de 'diagnose' uiteraard worden teruggekoppeld naar de praktijk. Uitkomsten kunnen worden gebruikt als input voor de responsieve evaluatiemethode. Andersom kunnen stakeholders factoren aandragen die als indicator kunnen worden opgenomen in lokale versies van de Checklist. De responsieve methode is bruikbaar voor zowel (kwalitatieve) onderzoekers als lokale beleidsadviseurs en managers met een faciliterende rol.

**Conclusie.** Met de combinatie van deze instrumenten wordt enerzijds inzicht verkregen in de huidige 'IGB-situatie' binnen een gemeente en anderzijds gewerkt aan het bijsturen en aanpassen van IGB-processen. Zodoende werken we op de gebieden wetenschap, praktijk en beleid aan het verbeteren van begripvorming alsmede verbeterde sturing van IGB.

## Leidt lokaal integraal beleid tot een afname in alcoholgebruik bij jongeren in Noord-Brabant?

M.C.M. de Goeij<sup>1</sup>, M. Jacobs<sup>2</sup>, P. van Nierop<sup>3</sup>, I. van der Veeken<sup>4</sup>, A.E. Kunst<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AMC - Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

<sup>2</sup>GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch

<sup>3</sup>GGD Brabant-Zuidoost, Eindhoven

<sup>4</sup>GGD West-Brabant, Breda

**Doelstelling.** In het kader van het Local50 project (onderdeel van Gezonde Slagkracht (GS)) onderzoeken wij het effect van lokaal integraal beleid op alcoholgebruik bij jongeren in Noord-Brabant.

**Methoden.** Voor 67 gemeenten in Noord-Brabant verkregen wij nota's in de beleidsperiode 2007-2011 van de beleidssectoren gezondheid, veiligheid, jeugd, horeca en evenementen. De integraliteit van lokaal beleid hebben we gemeten in termen van: 1) *integrale ontwikkeling*: het percentage van de nota's in de vijf beleidssectoren waarin een alcoholinterventie wordt genoemd, 2) *integrale uitvoering*: het percentage van de interventies dat zich richt op de pijlers regelgeving, handhaving en signalering (naast voorlichting). Veranderingen in alcoholgebruik bij 12-18 jarigen hebben we gemeten met data van de Jeugdmonitor 2007 en 2011 van de GGD'en Hart voor Brabant, Brabant-Zuidoost en West-Brabant. Met multi-level logistische regressie onderzochten wij de associaties tussen alcoholbeleid en verandering in het percentage *vroege drinkers* (eerste drankje <16 jaar, % van totaal) en *binge drinkers* (≥5 glazen op 1 gelegenheid, % van regelmatige drinkers = afgelopen 4 weken).

**Resultaten.** Het percentage *vroege drinkers* nam in Noord-Brabant af van 90,2% in 2007 naar 79,8% in 2011. Zowel lokaal *integrale beleidsontwikkeling* als *beleidsuitvoering* waren niet geassocieerd met deze afname. Het percentage *binge drinkers* nam toe van 67,1% naar 68,8%. Deze verandering was niet geassocieerd met *beleidsontwikkeling* maar wel met *integrale beleidsuitvoering*. Het percentage *binge drinkers* was stabiel in gemeenten met een meer *integrale beleidsuitvoering* en steeg in andere gemeenten. Deze associatie werd vooral gevonden bij jongens, 12-15 jarigen en hoger opgeleiden.

**Conclusie.** Deze uitkomsten ondersteunen de verwachting dat de mate van integraliteit in *beleidsuitvoering* een gunstige invloed kan hebben op *binge drinken* bij jongeren. Die gunstige invloed kan worden versterkt door GS, dat tot doel heeft de ontwikkeling en uitvoering van lokaal integraal beleid financieel en inhoudelijk te ondersteunen.

## Sessie 31: Verzamelde presentaties: Meten en weten nu en in de toekomst

### Wat zullen in de toekomst de belangrijkste doodsoorzaken zijn?

A.H.P. Luijben

RIVM, Bilthoven

**Achtergrond.** De komende 30 jaar zal een verschuiving optreden in wat de belangrijkste doodsoorzaken zijn in Nederland. De sterfte ten gevolge van coronaire hartziekten zal verder blijven afnemen, waardoor andere doodsoorzaken meer zullen voorkomen. Welke het belangrijkste worden is de vraag.

**Methode.** Er zijn drie verschillende methoden toegepast voor het maken van doodsoorzaakspecifieke projecties: (1) demografische projecties, (2) epidemiologische projecties en (3) modellering op basis van de effecten van determinanten op de sterfte.

**Resultaten.** Aan de hand van de bevolkingsprognose kan met de aanname dat het sterftcijfer per 100.000 gelijk blijft, voor iedere doodsoorzaak een schatting gemaakt worden van de toekomstige sterfte. Een alternatief voor zo een demografische projectie is een epidemiologische projectie. Hierbij wordt aan-



# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

genomen dat de trends van de afgelopen jaren zich voortzetten. Er zijn veel verschillende manieren om de trend te bepalen. Het resultaat hangt af van de gekozen methode. Een derde, ingewikkeldere, methode gaat uit van determinanten van sterfte die, al dan niet na meerdere jaren, effect hebben. Deze methode levert plausibeler resultaten op, maar de resultaten worden sterk beïnvloed door de aannames. Rookprevalentie en technologische ontwikkelingen zijn belangrijke determinanten. De rookprevalentie heeft op een aantal doodsoorzaken een tot 40 jaar later na-ijlend effect. Technologische innovaties hebben niet direct een meetbaar effect. Opeenvolgende technologische ontwikkelingen hebben de sterftekansen voor coronaire hartziekten sterk gereduceerd.

*Conclusie.* Bij mannen zal de sterfte aan longkanker verder dalen en zal de sterfte aan dementie toenemen. Bij vrouwen zal de sterfte ten gevolge van longkanker blijven toenemen. Er zullen zelfs meer vrouwen aan longkanker overlijden dan mannen. De onzekerheid is bij de doodsoorzaken waaraan de sterfte zal toenemen groot. De toepassing van verschillende modellen levert inzicht in de onzekerheid en daarmee een betere onderbouwing van de projecties.

## Regionale verschillen in leefstijl

C.L. van den Brink<sup>1</sup>, M. Houben-van Hertzen<sup>2</sup>, S. Boeker<sup>3</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>CBS, Heerlen

<sup>3</sup>GGD Nederland, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* GGD'en verzamelen in opdracht van de gemeenten minimaal één keer in de vier jaar gegevens over leefstijl en gezondheid. Deze gegevens worden onder andere gebruikt voor het opstellen van de lokale gezondheidsnota's. In 2012 hebben voor het eerst alle 28 GGD'en op hetzelfde moment volgens een afgesproken methode en met afgestemde vragenlijsten gegevens verzameld over gezondheid en leefstijl. Daardoor kunnen nu gemeenten en regio's vergeleken worden met elkaar en met een landelijk referentiecijfer.

*Methode.* Voor de Gezondheidsmonitor 2012 is uit de Gemeentelijke Basisadministratie een steekproef getrokken van ruim 700.000 personen van 19 jaar en ouder. De vraagstellingen en methode van dataverzameling waren ook afgestemd met de gezondheidsenquête van het CBS. De gegevens zijn verzameld door de GGD'en en het CBS. De respondenten zijn samengevoegd in één bestand met 387.195 respondenten en gewogen naar de samenstelling van de bevolking.

*Resultaten.* Overgewicht heeft de laagste prevalentie in de regio's Utrecht (38%), Amsterdam (41%), Gooi & Vechtstreek (45%) en Nijmegen (45%). Dit zijn de regio's met de hoogste percentages hoog opgeleiden. In sommige andere regio's kampt 52% met overgewicht. De prevalenties van roken zijn het hoogst in de Randstad en in het noorden en zuiden van het land: ongeveer 25% tegenover 20% in sommige andere regio's. In Flevoland en de 'Bible belt' zijn de percentages zware drinkers het laagst: ongeveer 6%, tegenover het dubbele in bijvoorbeeld Hollands-Noorden en Hart voor Brabant. Tijdens het congres zullen ook gemeentecijfers worden getoond en cijfers die gestandaardiseerd zijn naar achtergrondkenmerken.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Er zijn regionale verschillen

in de prevalenties van overgewicht, roken en zwaar alcoholgebruik. Een deel van deze verschillen wordt verklaard door verschillen in achtergrondkenmerken. Zowel de absolute verschillen tussen de regio's als de verschillen na standaardisatie naar achtergrondkenmerken bieden aanrijpingspunten voor beleid.

## Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg?

R.F. Viergever

RadboudUMC Nijmegen, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* Bij kwetsbare groepen kan bij uitstek gezondheidswinst behaald worden middels selectieve, geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie. Het is daarom van belang te monitoren of het beschikbare preventie- en zorgaanbod voor deze groepen aansluit bij bestaande zorgbehoeften. Het doel van deze studie was te onderzoeken hoe gezondheidsmonitoring voor kwetsbare groepen plaatsvindt op regionaal niveau in Nederland.

*Aanpak/methode.* Documenten die betrekking hebben op gezondheidsmonitoring werden verzameld bij alle GGD'en. Ten eerste werd in deze documenten geïnventariseerd voor welke kwetsbare groepen monitoring plaatsvindt. Ten tweede werd de beschikbaarheid van informatie omtrent de aard en omvang van de kwetsbare groepen, de zorgbehoeften van die groepen, en het bestaande preventie- en zorgaanbod voor de groepen geanalyseerd.

*Resultaten/opbrengsten.* Er bestaan tussen GGD'en grote verschillen in de kwaliteit van gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen. Diverse kwetsbare groepen blijven bij veel GGD'en buiten beeld. Verder levert de huidige manier van gezondheidsmonitoring bij veel GGD'en niet voldoende informatie op om verbeteringen te kunnen suggereren voor de bestaande preventie en zorg voor kwetsbare groepen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Zowel op regionaal als op nationaal niveau zijn verbeteringen wenselijk in de gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen, met name wat betreft inclusiviteit, standaardisatie en het creëren van een samenhangend beeld van gezondheid, preventie en zorg.

## Sessie 32: Verzamelde presentaties: Invulling geven aan gemeentelijk (jeugd)gezondheidsbeleid

### Randvoorwaarden voor inzet en ondersteuning van de buurtsportcoach in landelijk en gemeentelijk beleid: een beleidsanalyse

K.E.F. Leenaars<sup>1</sup>, A. Huisman<sup>1</sup>, E. Smit<sup>2</sup>, M.A.E. Wagemakers<sup>1</sup>, G. Molleman<sup>2</sup>, M.A. Koelen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Wageningen Universiteit, Wageningen

<sup>2</sup>Radboudumc, Nijmegen

*Achtergrond.* Het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht om zorg en sport te verbinden en mensen te stimuleren te sporten in de buurt. Sinds 2013 zijn in 90% van de Nederlandse gemeenten buurtsportcoaches (BSC) aangesteld. Zij creëren

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

onder regie van de gemeente een sport- en beweegaanbod dat aansluit bij de lokale vraag van buurtbewoners. Uit onderzoek blijkt de verbinding tussen zorg en sport moeizaam tot stand te komen. Evaluatieonderzoek is nodig naar de rol van de BSC in de totstandkoming van deze verbinding. Hierbij is het van belang inzichtelijk te maken hoe de randvoorwaarden voor inzet en ondersteuning van de BSC worden weergegeven in landelijk en gemeentelijk beleid.

**Methodie.** Op basis van de ADEPT benadering en beschikbare beleidsinstrumenten is een checklist ontwikkeld die specifiek geoperationaliseerd is voor de analyse van beleid rondom de BSC. De checklist bevat: doelen, verplichtingen, middelen en kansen. Het onderdeel visie is toegevoegd, omdat dit bepalend is hoe de inzet van de BSC wordt geformuleerd. Landelijke en gemeentelijke beleidsnotities zijn geanalyseerd.

**Resultaten.** In het landelijke beleid worden de doelen breed geformuleerd (meer beweging en lokale samenwerking), wordt voorzien in financiële middelen en ingezet op samenwerking met landelijke sportorganisaties. De gemeentelijke nota's omschrijven de verplichtingen (aanpak overgewicht en sportparticipatie) nauwkeurig. De uitwerking van visie, doelen, middelen en kansen verschilt: sommige gemeenten omschrijven hun visie, aantal fte's, financiën, interventies en samenwerkingen concreet, meestal in werkplannen aanvullend op de beleidsnota. Andere gemeenten voorzien niet in een lokale invulling van het beleid rondom de BSC.

**Conclusie en aanbevelingen.** Het gemeentelijk beleid wordt binnen de kaders van het landelijk beleid verschillend ingevuld. Het analyseren van beleid met deze checklist maakt het mogelijk om de context waarin de BSC werkt in kaart te brengen. Daarnaast kan de checklist gebruikt worden bij de ontwikkeling van beleid en zo beleidsuitkomsten beïnvloeden.

### Samenwerking op het gebied van beleidsadviesing binnen de publieke zorg voor jeugd.

*K. Boode, P.C. Zwijgers*

*Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht*

**Achtergrond en doelstelling.** Het feit dat de JGZ alle kinderen en jeugdigen in beeld heeft, stelt haar in staat ook naar gezondheid, ontwikkeling en welbevinden van de jeugd als groep en als onderdeel van de (sociale) omgeving te kijken. Op basis hiervan adviseert de JGZ gemeenten en anderen over het te voeren (preventieve) beleid in de zorg voor jeugd. Het is belangrijk om op basis van de informatie, verkregen uit de individuele contacten, op collectief niveau te bezien wat hieruit geleerd kan worden en dit te gebruiken voor de verdere ontwikkeling van het beleid, zowel op lokaal als op landelijk niveau. De rol die de JGZ daarin heeft, wordt gezien als een aanvulling op de rol die de GGD heeft ten aanzien van epidemiologisch onderzoek en beleidsadviesing. Ook kan de JGZ zelfstandig op grond van haar bevindingen signaleren en adviseren over collectieve maatregelen aan gemeenten en anderen, zoals scholen. Belangrijk is dat op lokaal niveau aangesloten kan worden op de wensen en behoeften aan informatie van de gemeente.

**Aanpak/methode.** Naast een presentatie over de databronnen/indicatoren die beschikbaar zijn voor het genereren van

beleidsinformatie, zal er aandacht zijn voor de samenwerking in het kader van beleidsadviesing: hoe kan de samenwerking tussen GGD/JGZ/gemeenten/scholen t.a.v. beleidsadviesing nader vorm gegeven worden? Wat zijn de voordelen van deze samenwerking? Waar liggen gedeelde belangen? Hoe zorg je dat het advies aantrekkelijk gebracht wordt en, bij voorkeur, overgenomen wordt? Waar zou het dan aan moeten voldoen? **Resultaten/opbrengsten.** Een beknopte discussie en ideeën rondom productieve samenwerking in het kader van beleidsadviesing tussen JGZ/GGD en gemeente/scholen (eindgebruiker).

### Samenhang tussen zorggebruik en zorgvraag in jeugdhulpketen in Rotterdamse wijken

*W. Jansen, W. Jansen, C.L. Mieloo, J. Anschutz, O. de Zwart*  
*Gemeente Rotterdam, Rotterdam*

**Achtergrond en doelstelling.** Gemeenten worden per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de gehele jeugdketen, waaronder jeugd-GGZ en jeugd- en opvoedhulp. Gemeente Rotterdam geeft wijkteams hierin een centrale plaats. Voor de gemeente en de wijkteams is het belangrijk om inzicht te hebben in de omvang van het zorggebruik en de feitelijke hulpbehoefte in de diverse wijken. Doel van deze studie is om dit inzicht te geven en de samenhang tussen zorggebruik en zorgvraag en relevante wijkkenmerken te bepalen.

**Aanpak/methode.** Gegevens over zorggebruik, met name jeugd-GGZ en jeugd- en opvoedhulp, zijn op wijkniveau gecombineerd met gegevens over zorgvraag. Zorgvraag is geoperationaliseerd als percentage kinderen c.q. jongeren met een hoge score op de strengths and difficulties questionnaire en zelfgerapporteerde hulpbehoefte bij ouders van 4-12 jarigen. Deze gegevens zijn beschikbaar op wijkniveau in de monitor Jeugd Rijnmond in Beeld over 4-12 jarige kinderen en in de Jeugdmonitor over adolescenten (12-15 jaar). Relevante wijkkenmerken die zijn meegenomen zijn type huishouden, etnische samenstelling, verhouding mannen/vrouwen en indicatoren van sociaal economische status. Samenhangen zijn bepaald met correlatie en multivariate regressieanalyse.

**Resultaten.** Het gemiddelde gebruik van jeugd GGZ is 5%, van Jeugd en Opvoedhulp 2%. Het percentage jeugdigen met een verhoogde SDQ score is bij kinderen (4-12 jr) 23% en bij jongeren (12-15 jr) 8%. Het percentage ouders dat behoefte heeft gehad aan professionele hulp is gemiddeld 24%. Er blijkt geen samenhang tussen gebruik van jeugd-GGZ en zorgvraag. Er blijkt wel een verband tussen gebruik van jeugd- en opvoedhulp en zorgvraag, maar uit multivariate analyse blijkt dat populatiekenmerken als enige verklaring over blijven voor gebruik van jeugd- en opvoedhulp. Ook bij gebruik van jeugd-GGZ zijn populatiekenmerken op wijkniveau een verklarende factor.

**Conclusies.** Er blijkt een discrepantie tussen zorggebruik en zorgvraag. Vooral in wijken met veel risicokenmerken, is dit een belangrijk aandachtspunt voor de wijkteams in oprichting.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Sessie 33: Verzamelde presentaties: Publieke Gezondheid en beleid

### Capaciteit meten in de publieke gezondheidszorg, een nieuwe strategie

M. Jambroes<sup>1</sup>, J.D. Doosje<sup>2</sup>, K.S. Stronks<sup>1</sup>, M.L.E.B. Essink-Bot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>GGD Nederland, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Voor capaciteitsramingen voor de publieke gezondheidszorg en het ontwikkelen van beleid daarop is inzicht in de omvang en kwaliteiten van de beroeps-groepen werkzaam in deze sector noodzakelijk. Dat inzicht is er nu onvoldoende en een standaard methode om dat inzicht te verkrijgen ontbreekt. Wij hebben op basis van internationale voorbeelden kerntaken van publieke gezondheidszorg in Nederland geformuleerd en een strategie ontwikkeld om op basis van deze kerntaken de capaciteit in kaart te brengen. Wij pasten deze methode voor het eerst toe om de kwantiteit en kwaliteit van medisch milieukundige expertise in kaart te brengen.

**Aanpak en methode.** Wij specificerden de kerntaken voor medische milieukunde en met een online vragenlijst werd de betrokkenheid van medewerkers bij deze kerntaken uitgevraagd. Wij nodigden 472 medewerkers voor deelname uit in een landelijke cross-sectionele studie. De validiteit van de resultaten werd geëvalueerd met medisch milieukundige experts en op basis van bestaande data.

**Resultaten en opbrengsten.** De respons was 70% en 129 vragenlijsten waren bruikbaar voor analyse. Alle kerntaken voor medische milieukunde worden uitgevoerd door ervaren, hoog opgeleide en multidisciplinaire beroepsbeoefenaren. De totale omvang kon geschat worden op 0,66 FTE/100.000 inwoners. Beroepsbeoefenaren ervaren een hoge werkdruk en komen te weinig toe aan de kerntaken primaire preventie, onderzoek en pro-actieve beleidsadviesing. De methode is goed uitvoerbaar, resultaten zijn in lijn met de beschikbare benchmark data en lijken de werkelijkheid te weerspiegelen.

**Conclusies en aanbevelingen.** Een online vragenlijst gebaseerd op kerntaken van publieke gezondheidszorg levert goed inzicht in de kwaliteit en kwantiteit van de medisch milieukundige expertise in Nederland. Deze informatie is relevant voor toekomstige capaciteitsramingen en beleidsontwikkeling. De nieuwe methode is rijp voor verdere toepassing om de landelijke expertise voor publieke gezondheidszorg in kaart te brengen.

### Effect van overheidstoezicht op kwaliteit van ketenzorg en gezondheid van diabetes patiënten: cluster gerandomiseerd experiment

S.F. Oude Wesselink<sup>1</sup>, S.F. Oude Wesselink<sup>1</sup>, H.F. Lingsma<sup>1</sup>, C.A.J. Ketelaars<sup>2</sup>, J.P. Mackenbach<sup>1</sup>, P.B.M. Robben<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, Rotterdam

<sup>2</sup>Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Het effect van overheidstoezicht op kwaliteit van zorg en de gezondheid van patiënten is

zelden empirisch onderzocht. Het doel van dit onderzoek is het kwantificeren van het effect van overheidstoezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op zorggroepen die ketenzorg leveren aan diabetes patiënten, op de kwaliteit van zorg en de gezondheid van patiënten.

**Methode.** In dit cluster gerandomiseerd experiment werd toezicht willekeurig toegewezen aan zorggroepen die ketenzorg diabetes leveren. Het toezicht werd uitgevoerd door de IGZ en omvatte de aankondigingen van het toezicht, het uitvoeren van een toezichtsbezoek en het versturen van individuele terugkoppeling door middel van rapporten. Een selectie van niet bezochte zorggroepen vormde de controle groep. Primaire uitkomstmaten waren structuur, proces en gezondheidsuitkomsten van zorg. Deze uitkomstmaten van het experiment werden verzameld door middel van dossieronderzoek, voor en na de interventie. Structuur en proces indicatoren werden samengevat in somscores, variërend van 0 tot 11 punten. Het effect van het toezichtsbezoek op structuur, proces en uitkomst indicatoren werd geanalyseerd met multi-level regressie modellen.

**Resultaten.** In het onderzoek werden 356 patiënten (180 interventie, 176 controle) uit 18 zorggroepen geïncludeerd. Er werden er geen consistente verschillen gevonden in structuur, proces en uitkomst indicatoren tussen de interventie en controle groep. Aanvullende analyses lieten wel een verbetering zien in de tijd van alle deelnemende zorggroepen. De structuur somscore verbeterde met bijna 1 punt ( $p=0.000$ ) tussen de voor- en nameting. De proces somscore verbeterde met 0.26 punten ( $p=0.384$ ). In patiënt uitkomsten werden geen verbeteringen gevonden.

**Conclusie en aanbevelingen.** Er zijn geen effecten gevonden van overheidstoezicht op zorggroepen die ketenzorg diabetes leveren, vergeleken met de controle groep. Wel zagen we in beide onderzoeksgroepen een verbetering in structuur indicatoren in de tijd. Mogelijk is deze verbetering toe te schrijven aan het toezicht op zorggroepen die ketenzorg diabetes leveren.

### Kennisversneller: beter laten doorwerken van kennis in beleid

I. Hegger<sup>1</sup>, L.K. Marks<sup>1</sup>, S.W.J. Janssen<sup>1</sup>, A.J. Schuit<sup>1</sup>, J.F.E.M. Keijsers<sup>2</sup>, J.A.M. van Oers<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>TNO, Leiden

**Achtergrond/doelstelling.** Beschikbare kennis over de volksgezondheid en zorg heeft maar beperkte invloed op beleid. Daarmee blijven kansen liggen om effectief onze gezondheid en zorg te verbeteren. Het RIVM heeft daarom onderzocht welke factoren van belang zijn om de bijdrage van RIVM-kennisproducten (zoals VTV en Zorgbalans) aan beleid te bevorderen. Theoretisch uitgangspunt was dat het genereren van kennis voor beleid een sociaal proces is, waarin afstemming tussen onderzoekers en beleidsmakers van belang is voor de bijdrage van onderzoek aan beleid. Voor projectleiders is de tool "Kennisversneller" ontworpen om de afstemming in het onderzoeksproces te stimuleren. Onderzocht is wat de waarde van de Kennisversneller is voor de gebruikers.

**Aanpak /methode.** Voor het ontwerp van de "Kennisversneller" zijn op basis van de multiple casestudy zes belangrijke afstem-

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

mingsacties bij het genereren van kennis voor beleid geïdentificeerd en verwerkt in een set compacte reflectievragen. Deze eerste versie van de 'Kennisversneller' is getest in drie RIVM-projecten. De waarde van de Kennisversneller voor de gebruikers wordt kwalitatief onderzocht, door de projectleiders gedurende de projecten regelmatig te interviewen.

*Resultaten/opbrengsten.* We presenteren de 'Kennisversneller' en de beschikbare resultaten van het onderzoek naar de waarde voor gebruikers. De 'Kennisversneller' beoogt bij de gebruikers de inzet van de zes geïdentificeerde afstemmingsacties te stimuleren. De eerste interviews geven aan dat de formulering van de vragen nog onvoldoende aansluit bij de gebruikers, en dat in sommige gevallen de vragen weerstand oproepen, in plaats van aanzetten tot actie.

*Conclusie /aanbevelingen.* Het belang van afstemming met de gebruiker blijkt ook op te gaan voor de tool 'Kennisversneller'. De gebruikers herkennen het belang van de afstemmingsacties en vinden een tool nuttig. Hun uitgangspunt is echter het kennisproduct en de 'Kennisversneller' moet daar beter op aansluiten. We willen met de toehoorders bediscussiëren wat hun mening over de Kennisversneller is en op welke wijze deze verbeterd kan worden.

### Sessie 34: Symposia: Burgers als middel of als doel? Onderzoek van betekenissen van participatie in de praktijk

#### Burgers als middel of als doel? Onderzoek van betekenissen van participatie in de praktijk

K. Horstman, D. Ruwaard  
Universiteit Maastricht, Maastricht

Terwijl internationaal een langere traditie bestaat van participatieve publieke gezondheidszorg, is de opkomst van burgerschap in Nederland van recente datum. De aandacht voor burgerschap en eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg reflecteert zowel verschuivingen in het politieke landschap als erkenning dat samenwerking met burgers noodzakelijk is om effectieve preventie- en zorgprogramma's te ontwikkelen. In de praktijk van de publieke gezondheidszorg krijgen 'burgerschap' en 'co-creatie' verschillende betekenissen. Hoe worden deze concepten in de praktijk vormgegeven, welke spanningen komen daarbij naar voren, hoe kunnen we die interpreteren en hoe kunnen praktijken van burgerschap en co-creatie - met name in kwetsbare buurten - versterkt worden? Aan de hand van voorbeelden van burgerschap - in zorg en welzijn, in de preventieve ouderenzorg, in de publieke geestelijke gezondheidszorg en het sociale domein, en in de toekomstverkenning VTV - wordt een discussie geëntameerd over betekenissen van burgerschap en co-creatie met als doel meer theoretische, empirisch en praktisch inzicht te krijgen in de betekenissen van burgerschap en co-creatie.

Het symposium verkent de betekenissen van burgerschap in verschillende praktijken op het snijvlak van gezondheid en zorg. De analyse van burgerschap in Peel en Maas toont hoe burgerschap zich ontwikkelt van 'inspraak' naar 'zelfsturing'. Daarna wordt geanalyseerd hoe bestuurders, professionals en ouderen 'elderly citizenship' invullen. De derde presentatie laat zien hoe

burgers en professionals in een achterstandswijk de notie 'zorg in de buurt' betekenis geven. Tenslotte worden de kansen en risico's van een toekomst scenario burgerschap geanalyseerd. In de discussie worden de theoretische, empirische en praktische inzichten van de presentaties besproken.

#### Het stimuleren van eigenaarschap van zorg en welzijn: praktijken in gemeente Peel en Maas

J. Custers, D. Ruwaard, K. Horstman  
Universiteit Maastricht, Maastricht

*Achtergrond.* De gemeente Peel en Maas werkt aan een nieuwe rolverdeling tussen lokale overheid, maatschappelijke organisaties en inwoners van dorpsgemeenschappen op het vlak van wonen, welzijn, zorg en onderwijs. Kernpunt is de erkenning van de autonomie van de leefwereld van inwoners, en een positieve waardering van de eigen kracht van burgers. *Aanpak.* Op basis van analyse van beleidsrapporten van de gemeente (periode 1990 - 2013), 30 kwalitatieve interviews en participierend veldwerk (1990 - 2013 vele bestuurlijke en leefwereldactiviteiten bijgewoond) is onderzoek gedaan naar de specifieke betekenis van burgerschap in Peel en Maas op het terrein van welzijn, zorg en leefbaarheid. Diverse concrete initiatieven zoals welzijn en zorg voor ouderen, inzet van vrijwilligers uit de eigen gemeenschap, rol van verenigingen bij leefbaarheid, zijn gevolgd en geanalyseerd.

*Resultaten.* Uit de analyse blijkt dat de betekenis van burgerschap in Peel en Maas is verschoven van inspraak in, en meedoen aan beleid van de lokale overheid naar uiteenlopende vormen van zelf actief sturing geven aan de inrichting van voorzieningen voor ouderen en voor de hele gemeenschap op lokaal niveau. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de groei van het aantal welzijns- en zorginitiatieven die gedragen worden door inwoners van de lokale dorpsgemeenschappen (dorsdagvoorzieningen, eetpunten, dorpsvervoer). In het netwerk versterkt welzijn voor kwetsbare burgers is, naast samenwerking met burgers en hun familieleden ook sprake van een sterke ontschotting en samenwerking tussen professionele organisaties.

*Conclusies/ aanbevelingen.* Onderzoek naar de evolutie in burgerschap van 'inspraak' naar 'zelfsturing' in Peel en Maas laat zien dat de rol van de lokale overheid wijzigt van "zorgen voor" naar "zorgen dat". Dit betekent veeleer een faciliterende en empathische rol dan een sturende en controlerende rol voor bestuurders.

#### Ouderen en burgerschap

S. van Hees<sup>1</sup>, M.W.J. Jansen<sup>2</sup>, D. Ruwaard<sup>1</sup>, K. Horstman<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht  
<sup>2</sup>GGD Zuid Limburg, Geleen

*Achtergrond.* Eigen verantwoordelijkheid, eigen kracht en solidariteit staan centraal in de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het sociaal domein. Om de uitdagingen binnen de ouderenzorg aan te kunnen hebben gemeenten en organisaties op het gebied van wonen, welzijn en zorg in Parkstad de handen ineengeslagen. Wat is de betekenis van burgerschap van ouderen in deze veranderende context van zorg?

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

*Aanpak.* Document- en literatuurstudies, participatieve observaties, interviews en focusgroepen helpen inzicht te krijgen in de betekenis van burgerschap en participatie voor betrokken bestuurders, projectgroepleden, professionals en 75-plussers. *Resultaten.* In de praktijk vindt een verschuiving plaats van recht op passief burgerschap naar plicht tot actief burgerschap. In het speelveld verschillen de perspectieven van bestuurders, professionals en ouderen op 'elderly citizenship' en er is weinig interactie.

- Bestuurders spreken aan vergadertafels over 'meedoen' en 'samen voor elkaar'.
- Projectgroepleden praten over ouderen en participatie, niet met ouderen.
- Professionals gebruiken frames als 'eigen kracht' om zich te wapenen en te stimuleren dat ouderen hun eigen netwerk gaan gebruiken.
- Ouderen zijn vaak gelaten, ervan uitgaand dat protest zinloos is, maar soms ook fel in de uiting recht te hebben verworvenheden te krijgen 'uitbetaald'.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Burgerschap voor ouderen krijgt verschillende betekenissen toegekend. Bestuurders zien burgerschap als een plicht tot 'samen' en 'meedoen', terwijl professionals afstand nemen in hun nieuwe rol. Ook ouderen verschillen, sommigen reageren gelaten, anderen wijzen fel op hun rechten. Deze bevindingen maken duidelijk dat de nadruk op ouderen en burgerschap leidt tot vraagstukken over rechten, plichten, mogelijkheden en maatwerk. Zijn ouderen die nadenken over de eigen toekomst en daarop anticiperen in de maatregelen die zij treffen actieve burgers? En ouderen die afwachten en geen beroep doen op voorzieningen?

### Participatie en burgerschap in een onveilige buurt

*M. Knibbe, K. Horstman*

*Universiteit Maastricht, Maastricht*

*Achtergrond.* De drie decentralisaties betekenen dat gemeentes naar nieuwe manieren zoeken om burgers te stimuleren tot zorg en betrokkenheid in de buurt. Uit onderzoek is bekend dat er veel haken en ogen zitten aan dit zogenaamde 'affectief burgerschap' en dat bronnen voor burgerschap niet klaar liggen om aangeboord te worden.

*Aanpak.* We doen een participatief etnografisch onderzoek naar de manier waarop professionals en burgernetwerken in LSES buurten in Maastricht nieuwe denkstijlen en werkvormen ontwikkelen over participatie en verantwoordelijkheid. We deden interviews met ca. 20 buurtbewoners, ondernemers, verenigingsleden en met ca. 12 professionals, participerende observatie bij het sociale wijkteam, wijkservicepunt en andere knooppunten, en we organiseerden film-discussiebijeenkomsten om buurtgesprekken over participatie op gang te brengen. *Resultaten.* Burgerparticipatie in LSES wijken is sterker in buurt overstijgende netwerken waarin betrokkenheid samengaat met sport of creativiteit, dan in buurtnetwerken. Mede door het plaatsingsbeleid van woningbouw coöperaties ervaren mensen weinig vertrouwdheid met en grip op de buurt. Buurtrelaties geven spanningen en mensen doen daarom primair een beroep op familie en vrienden voor zorg. Om buurtparticipatie te stimuleren nemen professionals in het wekelijks overleg over

hulpvragen hun eigen hulpvaardigheid kritisch onder de loep, om zo terughoudendheid te ontwikkelen en buurtinitiatieven in zorg te stimuleren.

*Conclusies/ aanbevelingen.* Professionals denken over verantwoordelijkheid in zorg en participatie in termen van *buurtgericht burgerschap*. Buurtbewoners denken over hun verantwoordelijkheid eerder in termen van *familie en vriendschap* en velen voelen zich te weinig vertrouwd met de buurt om zich daar verantwoordelijk voor te voelen.

Buurten met een lage sociaaleconomische status zijn gebaat bij burgerparticipatie in diverse constellaties met professionele ondersteuning en 'capacity-building'. Met name daar waar de grip op de eigen leefomgeving laag is, is meer professionele inspanning nodig om buurtgerichte burgerparticipatie te creëren.

### Toekomst scenario's voor burgerschap en gezondheid

*N. Hoeymans<sup>1</sup>, S. Kooiker<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven*

*<sup>2</sup>SCP, Den Haag*

*Achtergrond.* 'Heft in eigen handen' is een van de vier toekomstperspectieven van de VTV 2014. In dit toekomstperspectief bepalen mensen zelf wat goed voor hen is. Zij verbeteren zelf, met anderen, de kwaliteit van leven in hun omgeving. Zorginstellingen en overheid kunnen helpen als mensen dat vragen. Het toekomstscenario geeft aan waar beleidsmakers in de toekomst rekening mee moeten houden.

*Aanpak.* In een magazine behorend bij de VTV wordt een caleidoscopisch beeld gegeven van onderzoeken en initiatieven op het gebied van burgerparticipatie en participatie in de zorg. In de presentatie geven we de belangrijkste bevindingen en conclusies.

*Resultaten.*

*Burgers over gezondheidszorg:* Nederlanders zijn tevreden, maar bezorgd. Zij vrezen dat bezuinigingen de kwaliteit en toegankelijkheid onder druk zetten en dat zij zelf voor hulp aangewezen zijn op hun naasten. Mensen vinden het prima om hulp te verlenen, maar niet als het een verplichting wordt. Slechts een minderheid wil hulp ontvangen van hun naasten. *Burgerparticipatie:* Gemeenten betrekken burgers relatief weinig bij hun gezondheidsbeleid. Het gaat dan vooral om inspraakavonden en is het voor burgers onduidelijk wat met hun inbreng gebeurt. Veel succesvolle initiatieven komen vanuit burgers zelf. Zij vinden dan nog te vaak een gemeente tegenover zich die niet meewerkt.

*Patiënten in de zorg:* zelfmanagement geeft chronisch zieken regie over hun zorg. Een persoonlijk zorgplan is een veelbelovend hulpmiddel, maar wordt nog weinig gebruikt. Ondersteuning op maat bij zelfmanagement is nodig. Ongeveer 25% van de Nederlanders heeft lage gezondheidsvaardigheden.

*Conclusies en aanbevelingen.* Activerend burgerschapsbeleid is een mooi ideaal maar heeft ook negatieve effecten. Verschillen tussen mensen die wel en niet hun eigen ziekte kunnen managen en buurten waar wel en geen onderlinge steun te organiseren valt, leiden tot nieuwe scheidslijnen in de samenleving. Verder zijn vrijwilligerswerk en mantelzorg niet afdwingbaar maar afhankelijk van motivatie.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Sessie 35: Symposia: Bevorderen van de gezondheid met online computer-tailoring

### Bevorderen van de gezondheid met online computer-tailoring

D.A. Peels, R.H.J. Golsteijn, I. Kanera, S. Friederichs, L. Lechner  
Open Universiteit, Heerlen

**Achtergrond.** Effectieve leefstijl interventies gericht op de preventie van chronische ziekten kunnen bijdragen aan het beheersen van de gezondheidszorgkosten. Computer-tailoring (CT) is een innovatie techniek om een interventie af te stemmen op persoonlijke kenmerken, behoeften en voorkeuren van de deelnemers. Met behulp van computergebaseerde 'als-dan'-regels ontvangen deelnemers op basis van antwoorden op specifieke vragen een combinatie van adviezen die samen een advies-op-maat vormen. Door de persoonlijke afstemming hebben CT-interventies de potentie om tot grotere effecten te leiden dan generieke interventies. Daarnaast hebben CT-interventies door hun geautomatiseerde karakter de potentie om kosteneffectiever te zijn dan bijvoorbeeld face-to-face interventies.

**Doel.** Dit symposium geeft inzicht in de diverse mogelijkheden van CT-interventies aangeboden via het Internet. Hierbij gaan we in op de effecten van CT-interventies op leefstijlgedragingen en de gevolgen voor de gezondheid. Ook wordt inzicht gegeven in de toepassing van innovatieve technieken binnen CT-interventies, en hoe bestaande CT-interventies vertaald kunnen worden naar specifieke doelgroepen.

**Opbouw van het symposium en samenhang tussen de individuele presentaties.** In de eerste presentatie wordt ingegaan op de effectiviteit van een CT-interventie ter bevordering van fysieke activiteit bij 50-plussers; is online tailoring (kosten) effectiever dan schriftelijke tailoring, en wat zijn de gevolgen voor de gezondheid in Nederland? De tweede presentatie geeft inzicht in de toepassing van innovatieve *Motivational Interviewing*-technieken in CT interventies waarmee de effectiviteit van CT-interventies mogelijk vergroot kan worden. De derde presentatie geeft inzicht in de vertaling van een bestaande CT-interventie (zoals besproken in de 1<sup>e</sup> presentatie) naar een CT-interventie ter bevordering van fysieke activiteit bij (voormalig) kankerpatiënten. De laatste presentatie geeft inzicht in een brede CT-portal om in de informatie-, hulp-, en adviesbehoefte van voormalig kankerpatiënten tegemoet te komen. Mogelijkheden voor de aanpassing van bestaande CT-interventies naar andere doelgroepen en mogelijkheden om de lange termijn effectiviteit van CT-interventies te bevorderen zullen bediscussieerd worden.

### De (kosten)effectiviteit van online versus schriftelijk advies-op-maat om fysieke activiteit bij 50-plussers te bevorderen

D.A. Peels<sup>1</sup>, C. Bolman<sup>2</sup>, R.H.J. Golsteijn<sup>1</sup>, H. de Vries<sup>2</sup>, A.N. Mudde<sup>2</sup>, M.M. van Stralen<sup>3</sup>, L. Lechner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>3</sup>VU University Amsterdam, Amsterdam

**Achtergrond en doelstelling.** De vergrijzing in Nederland gaat gepaard met een toename in chronische ziekten en

gezondheidszorgkosten. Bevorderen van beweeggedrag bij 50-plussers is daarom van groot belang. De Actief Plus computer-tailored (CT) interventie is ontwikkeld om het beweeggedrag van 50-plussers te stimuleren. De adviezen-op-maat worden schriftelijk (per post) of via internet aangeleverd. Het doel van deze studie is het onderzoeken van de (kosten) effectiviteit van een online en een schriftelijk advies-op-maat, en welke onderliggende processen het verschil in effect kunnen verklaren.

**Methode.** Interventiedeelnemers ontvingen binnen 4 maanden, 3 keer advies-op-maat afgestemd op hun persoonlijke en psychosociale kenmerken en hun huidige beweeggedrag. De interventiecondities werden geëvalueerd in een RCT (incl. een controle groep die geen advies ontvangt; N=2140). Het effect op beweeggedrag 6 en 12 maanden na de start van de interventie werd onderzocht met regressies. Met mediatie-analyses werden de onderliggende processen van de interventie onderzocht. Het Chronisch Ziekten Model werd gebruikt om de gevolgen van de interventie op ziekten-incidentie en kwaliteit van leven te onderzoeken, en hiermee samenhangend de kosteneffectiviteit van de interventie.

**Resultaten.** Na 6 maanden bleken zowel de schriftelijke als de online CT-interventie effectief in het bevorderen van beweeggedrag. Na 12 maanden bewogen de schriftelijke interventiedeelnemers nog steeds meer dan op baseline; online interventiedeelnemers bewogen niet meer significant meer dan bij aanvang. Het effect van de schriftelijke en de online CT-interventie werd bereikt door veranderingen in verschillende determinanten van beweeggedrag. Beide interventies leidden tot verminderde ziekten-incidenties. Hoewel op korte termijn de online interventie kosten-effectiever was, was op lange termijn de schriftelijke CT-interventie kosteneffectiever.

**Discussie en conclusie.** Hoewel online interventies de potentie hebben om kosteneffectiever te zijn dan schriftelijke CT-interventies, werd dit niet bevestigd in de huidige studie. Om de kosteneffectiviteit van online interventies te bevorderen, moet er meer aandacht besteed worden aan het behoud van effect van online interventies.

### Het Ik Beweeg project: motivational interviewing in web-based computer-tailoring

S. Friederichs<sup>1</sup>, A. Oenema<sup>2</sup>, C. Bolman<sup>1</sup>, H. van Keulen<sup>3</sup>, L. Lechner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>3</sup>TNO, Leiden

**Achtergrond en doelstelling.** De laatste jaren worden steeds meer web-based computer-tailored (CT) interventies ontwikkeld, waaronder ook veel beweeginterventies. Vaak zijn deze interventies gebaseerd op de klassieke gezondheidstheoretische modellen. Onderzoek laat echter zien dat het, zeker bij personen met een hoge behoefte aan autonomie, erg belangrijk is om te focussen op het verhogen van autonome motivatie. Motivational interviewing (MI) is een gesprekstechniek die exclusief focust op het verhogen van die autonome motivatie. Het doel van het *Ik Beweeg* project is het implementeren van MI in een web-based CT beweeginterventie.

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

**Methodie.** Omdat binnen dit project de basis stappen worden gezet op het gebied van MI in web-based CT-interventies, hebben we ervoor gekozen om eerst twee pilotstudies uit te voeren. In het eerste pilotonderzoek (N=982) hebben we uitgezocht op welke manier een web-based MI beweeginterventie het best gestructureerd kan worden. In het tweede pilotonderzoek (N=958) hebben we bekeken of het meerwaarde heeft om een virtuele coach toe te voegen aan de interventie. In een RCT (N=3000) vergelijken we de werking van de nieuwe CT-interventie met een controle groep, en met een meer traditionele web-based beweeginterventie. Hierbij wordt gekeken naar verschillen in effecten en waardering.

**Resultaten.** Op basis van de uitkomsten van de pilotstudies hebben we het ontwerp gemaakt van de uiteindelijke *Ik Beweeg* interventie. Deze interventie bestaat uit vier interactieve sessies in een periode van 3 maanden. De eerste resultaten van deze analyses worden gepresenteerd.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** De uitkomsten van de RCT zullen inzicht bieden in de toepasbaarheid van MI binnen web-based CT-interventies. Bovendien kunnen we aan de hand van de resultaten uitspraken doen of een interventie-opzet met meer nadruk op autonomie-ondersteuning beter werkt bij personen met bepaalde eigenschappen (bijvoorbeeld een grotere behoefte aan autonomie).

### **OncoActief+: een computer-tailored interventie ter bevordering van fysieke activiteit bij (voormalig) prostaat- en darmkankerpatiënten**

R.H.J. Golsteijn<sup>1</sup>, C. Bolman<sup>1</sup>, D.A. Peels<sup>1</sup>, H. de Vries<sup>2</sup>, L. Lechner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

**Achtergrond en doelstelling.** Kankerpatiënten ervaren vaak problemen op fysiek, psychologisch en psychosociaal gebied. De toenemende incidentie en overlevingskansen van kanker en de daardoor toenemende druk op de zorgkosten, benadrukken het belang van interventies die deze problemen verminderen. Hoewel voldoende beweging veel van deze problemen kan verminderen, bewegen veel (voormalig) kankerpatiënten te weinig. Het OncoActief+ project heeft daarom tot doel een laagdrempelige computer-tailored (CT) interventie gericht op het bevorderen van fysieke activiteit (FA) bij (voormalig) prostaat- en darmkankerpatiënten te ontwikkelen en evalueren.

**Methodie.** Een bestaande, effectief gebleken interventie gericht op het stimuleren van beweeggedrag van 50-plussers (Actief Plus) wordt op basis van literatuur en patiënt- en expertinterviews aangepast en uitgebreid om aan de specifieke behoeften en ervaringen van (voormalig)prostaat- en darmkankerpatiënten te voldoen. Deze presentatie geeft inzicht in de (wetenschappelijk onderbouwde) vertaling van een bestaande CT-interventie naar een andere doelgroep. In een RCT (n=428) wordt de CT-interventie geëvalueerd in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep, met metingen op baseline en na 3, 6 en 12 maanden.

**Resultaten.** De aanpassingen zullen resulteren in een nieuwe FA CT-interventie gericht op de specifieke behoeften van (voormalig) prostaat- en darmkankerpatiënten: OncoActief+. Deelnemers kunnen kiezen of zij de adviezen per post of via internet

willen ontvangen. Daarnaast wordt er een website ontwikkeld met een discussieforum en de mogelijkheid om een expert te raadplegen. De RCT zal inzicht bieden in de effectiviteit van de interventie, in termen van beweeggedrag, gezondheidsmaten en waardering van de interventie. De eerste resultaten van de patiënt- en expertinterviews worden gepresenteerd.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** OncoActief+ is een laagdrempelige en toegankelijke FA CT-interventie voor (voormalig) prostaat- en darmkankerpatiënten. De interventie heeft de potentie om op een eenvoudige manier grote groepen patiënten te bereiken tegen lage kosten en met weinig personeel. Indien effectief, worden de mogelijkheden voor grootschalige implementatie en eventuele uitbreiding naar andere kanker-soorten onderzocht.

### **De Kanker Nazorg Wijzer: Online advies-op-maat ter ondersteuning van voormalige kankerpatiënten bij psychosociale en leefstijlproblematiek**

R.A. Willems<sup>1</sup>, I. Kanera<sup>1</sup>, C. Bolman<sup>1</sup>, I. Mesters<sup>2</sup>, A. Beaulen<sup>1</sup>, L. Lechner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

**Achtergrond en doelstelling.** De Kanker Nazorg Wijzer (KNW) is een computer-tailored (CT) interventie, die ondersteuning biedt aan personen die herstellende zijn van kanker. Omdat deze groep veel verschillende problemen kunnen ervaren, omvat de KNW een breed scala aan relevante onderwerpen, omgezet in acht CT-modules waaruit patiënten kunnen kiezen. Ondanks de brede opzet worden de adviezen door middel van computer-tailoring afgestemd op de persoonlijke behoeften en kunnen zich zowel op één als ook op meerdere specifieke gezondheidsgedragingen richten.

**Methodie(n).** De inhoud van de KNW is gebaseerd op resultaten uit een literatuuronderzoek, focusgroep-interviews en vragenlijstonderzoek bij voormalige kankerpatiënten. De ervaren leefstijl- en psychosociale problemen en de ondersteuningsbehoeften konden zo worden geïdentificeerd. In een pre-test werden issues zoals begrip, relevantie, volledigheid en toepasbaarheid van de KNW door de actuele doelgroep beoordeeld (N = 14). De effecten van de KNW worden geëvalueerd in een RCT (N=750) met metingen op baseline en na 3, 6 en 12 maanden in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep. **Resultaten.** Er is een CT-interventie ontwikkeld bestaande uit 8 modules, gericht op werkhervatting, vermoeidheid, sociale contacten, intimiteit, angst, depressie, fysieke klachten, bewegen, voeding en roken. Na een basis assessment ontvangen de deelnemers aanbevelingen over welke modules bij hun behoeften passen. Binnen de modules wordt CT-advies verstrekt in vorm van tekst en filmpjes van medepatiënten en experts. Een discussieforum biedt de mogelijkheid om met elkaar in contact te komen. Resultaten van de pre-test, evenals eerste resultaten van de effectstudie zullen worden gepresenteerd.

**Discussie/Conclusie.** De KNW is een online CT-interventie, die gemakkelijk toegankelijk is voor een grote groep voormalige kankerpatiënten. De informatie sluit aan bij bestaande richtlijnen en kan een eerste stap zijn in een stepped care aanpak. Deze studie zal leiden tot een theorie- en evidence-based

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

online CT-interventie om de kwaliteit van leven van voormalige kankerpatiënten te verbeteren door het stimuleren van zelfzorg.

## Sessie 36: Symposia: Het betrekken van jongeren bij de ontwikkeling van effectieve sociale media voor gezondheidsbevordering.

### Het betrekken van jongeren bij de ontwikkeling van effectieve sociale media voor gezondheidsbevordering

F.H. de Jong, W.J.E. Bemelmans  
RIVM, Bilthoven

*Auteurs.* Dr. Reint Jan Renes (Hogeschool Utrecht); studententeams aan zet in de #Youthbattle  
Ir. Marianne Cense (RutgersWPF); de complimentengame Tell'm Kelly Coenen MSc (Hoorstichting); Soundbuddy-app stimuleert leuk en veilig muziek-luistergedrag bij kinderen van 10-12 jaar.  
*Voorzitter.* Drs. Adam de Jong (RIVM Centrum Gezond Leven)  
*Achtergrond van het symposium.* Het RIVM programma #Jeugdimpuls geeft via scholen en sociale media een impuls aan de gezonde leefstijl van jongeren. Organisaties op het gebied van gezonde leefstijl, het onderwijsveld en sociale media werken samen in dit tijdelijke programma dat loopt tm 2104. In dit symposium staan de sociale media activiteiten van de #Jeugdimpuls centraal: hoe kunnen we jongeren met behulp van sociale media verleiden tot een gezond leven en zo gezondheidswinst bereiken?

*Doel.* Inspireren en kennis delen.

*Opbouw.* De eerste presentatie gaat over het genereren van concepten door jongeren in de #Youthbattle Gezonde Leefstijl. Studententeams hebben met begeleiding van leefstijlinstituten en de creatieve industrie een aantal verrassende crossmediale concepten ontwikkeld rondom vijf briefings op het gebied van gezondheid.

De tweede presentatie (Tell'm) gaat over de uitwerking van één van die ontwikkelde concepten en de verdere matching aan de voorwaarden voor effectieve gezondheidsbevordering. Tell'm is een complimentengame voor jongeren van 14-16 jaar. Doel is het vergroten van hun zelfvertrouwen door positieve interacties en versterking van het gevoel erbij te horen.

De derde presentatie gaat over de uitwerking van Soundbuddy (verantwoord en veilig naar mp3 te luisteren), en besteedt aandacht aan de implementatieaspecten. Soundbuddy richt zich op schoolkinderen in de leeftijd van 10-12 jaar en sluit aan bij lessen in de klas. De opzet van de game en de gelijke uitvoering maken de kans groot dat Soundbuddy ook 'viral' via het schoolplein en vrije tijd verspreid zal worden.

### #Youthbattle Gezonde Leefstijl: samen werken aan innovatieve oplossingen die jongeren aanzetten tot gezonde keuzes.

R.J. Renes, B. Stinesen, K. Hilhorst, C. Maessen  
Hogeschool Utrecht, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* Samen met de creatieve sector zoeken leefstijlinstituten naar innovatieve manieren om effectieve leefstijlinterventies voor jongeren te ontwerpen. Dankzij

ontwikkelingen op het gebied van interactieve technologie en media ontstaan kansen om andersoortige leefstijlinterventies te ontwikkelen en bestaande een impuls te geven. Vanuit deze gedachte is de #Youthbattle - Gezonde Leefstijl georganiseerd: een unieke week waarin studenten, leefstijlinstituten en creatieve industrie hun krachten bundelden om te komen tot creatieve 'sociale media' oplossingen die gezonde keuzes bij de jeugd stimuleren.

*Aanpak/methode.* De eerste week van juni kregen 15 multidisciplinaire studententeams (elk bestaande uit 3 tot 4 studenten) de opdracht voorgelegd innovatieve sociale media concepten op te leveren om een impuls te geven aan bestaande interventies van een vijftal leefstijlinstituten: Voedingscentrum, Trimbos, Rutgers WPF, Nationale Hoorstichting, Stichting Mijn Kindonline. De studententeams werden in het ontwerpproces ondersteund door docentonderzoekers van de Hogeschool Utrecht, partners uit de betrokken leefstijlinstituten en professionals uit de creatieve industrie.

*Resultaten/opbrengsten.* De belangrijkste resultaten: (1) Vijftien kansrijke sociale media concepten gericht op 5 verschillende gezondheidsthema's (gezonde schoolkantine, uitgaan zonder spijt, positief zelfbeeld, gehoorschade, digitaal pesten), waarvan 7 concepten uiteindelijk zijn geadopteerd door de betrokken leefstijlinstituten en worden doorontwikkeld. (2) Bij de betrokken leefstijlinstituten een aanscherping van de eigen opdracht en behoefte. (3) Verbreding van het netwerk en concrete commitment van alle betrokken partijen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Voor de ontwikkeling van innovatieve kansrijke 'sociale media' concepten is het noodzakelijk dat relevante partijen (leefstijl- en kennisinstituten, creatieve industrie, en de doelgroep jongeren) in alle fasen van het productieproces betrokken worden. Dit is te realiseren via de gehanteerde 'Battle' werkvorm die dwingt tot samenwerken en kritisch reflecteren, en de betrokken partijen inspireert tot snel en gericht delen van crossdisciplinaire kennis en ervaring, en ze aanzet tot het realiseren van concrete output.

### De complimentengame

M. Cense<sup>1</sup>, P. van Haastrecht<sup>1</sup>, F. Zimbile<sup>2</sup>, L. Bolier<sup>3</sup>, M. Groefsema<sup>4</sup>

<sup>1</sup>RutgersWPF, Utrecht

<sup>2</sup>Soa Aids Nederland, Amsterdam

<sup>3</sup>Trimbos instituut, Utrecht

<sup>4</sup>Pharos, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* Een laag zelfbeeld is met name bij meisjes een determinant voor een negatieve seksualiteitsbeleving. Daarom heeft Rutgers WPF tijdens de #Youthbattle aan studenten van de HU gevraagd een concept te ontwikkelen rondom 'Trots op je lijf'. Hieruit kwam een concept voor een complimentengame. Rutgers WPF, Soa Aids Nederland, Trimbos en Pharos zijn dit concept nu verder aan het ontwikkelen. Het doel is dat jongeren elkaar meer positieve feedback geven, waardoor ze meer zelfvertrouwen krijgen en weerbaarder worden.

*Aanpak/methode.* Eerst heeft Rutgers WPF door literatuuronderzoek en expertgesprekken onderzocht of er aanwijzingen zijn dat de complimentenmodule effectief zal zijn. Uit literatuuronder-



## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

derzoek en focusgroepen met experts blijkt dat complimenten inderdaad een positieve invloed hebben op het zelfvertrouwen van jongeren. Vooral complimenten van leeftijdsgenoten zijn van belang. De focus moet daarbij niet zozeer op uiterlijk gericht zijn, maar meer op elkaar daadwerkelijk zien en waarderen. De focus van de complimentenmodule is daarom verbreed. Online communicatie is de aangewezen weg omdat het laagdrempelig is om persoonlijke informatie te delen en voor jongeren een belangrijk kanaal is om onderlinge verbondenheid te vinden. In de volgende fase, de ontwikkeling van de module, worden jongeren actief betrokken bij de vorm en de inhoud om het relevant en interessant te maken.

**Resultaten/opbrengsten.** Een complimentenmodule die jongeren van 14-16 jaar stimuleert om elkaar via social media complimenten te geven. De game wordt onder meer ingebed in kanalen rondom seksuele gezondheid (sense.info) en mentale veerkracht (HappyPles).

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Op het congres zullen we de werking van de game demonstreren aan de hand van een conceptversie. Op basis van de samenwerking met jongeren hebben we de inhoud van de complimenten, de vorm, de werkwijze en de promotie van de game bepaald. Het hele ontwikkeltraject en de verschillende testmomenten hebben tot conclusies en aanbevelingen geleid.

### Soundbuddy-app stimuleert leuk en veilig muziek-luistergedrag bij kinderen van 10 - 12 jaar

K. Coenen

Hoorstichting, Den Haag

**Achtergrond en doelstelling.** De Hoorstichting zet zich in om het ontstaan van gehoorschade bij kinderen en jongeren door harde muziek en lawaai tegen te gaan. Uit eigen onderzoek blijkt dat één op de acht kinderen uit de bovenbouw van de basisschool al risico loopt op gehoorschade door het luisteren naar een mp3-speler/telefoon. De opdracht voor studenten tijdens de #youthbattle was: bedenken een crossmediaal concept dat kinderen van 10 - 12 jaar aanzet tot veilig en leuk mp3-gebruik.

**Aanpak/methode.** In de #youthbattle is het concept 'Ding' bedacht: een Tamagotchi die meeluistert. Staat je muziek te hard of luister je te lang, dan wordt Ding ziek. Ding past zijn uiterlijk aan, aan jouw muziekmaak. Het concept is verder ontwikkeld tot Soundbuddy. Door het juiste luistergedrag te vertonen zorgt de speler voor de gezondheid en het humeur van Soundbuddy, door speciale missies te volbrengen kunnen diverse items worden vrij gespeeld (zoals kleding en danspassen). Er wordt op veel basisscholen nog weinig aandacht besteed aan het risico op gehoorschade door te harde muziek. Soundbuddy zal daarom worden verspreid op basisscholen via bestaande lespakketten van de Hoorstichting maar ook direct aan de doelgroep worden gepresenteerd met een feestelijke lancering en via onze kinderwebsites. De bedoeling is uiteindelijk een virale verspreiding van de app onder de doelgroep.

**Resultaten/opbrengsten.** Soundbuddy moet er voor zorgen dat kinderen:

- weten hoe belangrijk een goed gehoor is en wat zij kunnen doen om hun gehoor te beschermen (kennis/bewustzijn)

- muziek ook leuk vinden als het iets zachter staat (attitude)
- veilig luistergedrag vertonen (gedrag)

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** De gebruikersstatistieken van Soundbuddy worden bijgehouden met een analysesysteem. Vanaf de lancering van de app hebben we inzage in bijvoorbeeld het aantal downloads, deelname en duur. Met deze gegevens kunnen we conclusies trekken en nodige updates doorvoeren in de app.

### Sessie 37: Symposia: Principes van economische evaluatie in de publieke gezondheid en het risico op bias

#### Principes van economische evaluatie in de publieke gezondheid en het risico op bias.

S.M.A.A. Evers<sup>1</sup>, P. van Gils<sup>2</sup>, R.M.W.A. Drost<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>2</sup>Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven

**Achtergrond en doelstelling.** In de publieke gezondheid is naast bewijs van effectiviteit ook kosteneffectiviteit van preventieprogramma's van toenemend belang. Doelmatigheid wordt steeds vaker meegewogen bij het nemen van beslissingen over vergoedingen of het invoeren van een behandeling of preventieprogramma. Daarvoor is goede interpretatie nodig van economisch evaluatieonderzoek. Aan de hand van 4 voorbeelden en plenaire discussie geeft dit symposium inzicht in de methodiek van economische evaluaties, de invloed van aannames over kosten en effecten in economische evaluaties, de rol van intersectorale kosten en baten en de risico's op bias en de invloed hiervan bij de vertaling van economische evaluaties naar beleid.

**Aanpak/methode.** Vier experts geven een introductie in de methodiek en problemen bij economische evaluatie. Aansluitend is er ruimte voor discussie over door het publiek aangedragen problemen bij eigen onderzoek of beleidsvraagstukken.

1. Marike R.C. Hendriks: Introductie in economische evaluatie van een leefstijlinterventie.
2. Paul van Gils: Invloed van aannames in modellen van kosteneffectiviteit onderzoek.
3. Ruben M.W.A. Drost: Intersectorale kosten en baten van preventie: een nieuw classificatieschema.
4. Silvia M.A.A. Evers, Economische evaluaties in de publieke gezondheid: risico op bias.
5. Discussie aan de hand van de voorbeelden waarbij ruimte is voor inbreng van vragen uit het publiek.

**Resultaten/opbrengsten.** Inzicht in de methodiek van economische evaluatie, interpretatie van resultaten van economisch evaluatie onderzoek. Inzicht in de mogelijke bias en manieren om met deze bias om te gaan. In staat zijn informatie over doelmatigheid op correcte wijze mee te nemen in overwegingen over vergoedingen of het invoeren van een behandeling of preventieprogramma.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Ondoelmatige keuzes kosten geld en kunnen leiden tot gezondheidsverliezen. Om dit te voorkomen is goede interpretatie van economisch evaluatieonderzoek noodzakelijk.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## **Introductie in economische evaluatie van een leefstijlinterventie.**

M.R.C. Hendriks<sup>1</sup>, E.A.L.M. Verhagen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht, MAASTRICHT, Nederland

<sup>2</sup>VU University Medical Center, AMSTERDAM, Nederland

*Achtergrond en Doelstelling.* Bewijs voor effectiviteit van leefstijlinterventies groeit. Het is steeds belangrijker om naast informatie over de effectiviteit ook informatie te hebben over economische gevolgen van dergelijke programma's. Er zijn echter veel misverstanden over economisch evaluatieonderzoek. Het doel van deze lezing is de methodiek van economisch evaluaties toegankelijker te maken voor zowel wetenschappers, beleid als praktijk.

*Methode/Aanpak.* Aan de hand van een voorbeeld van een gecombineerde leefstijlinterventie wordt de methodiek van economische evaluatie toegelicht. Het onderzoek is cluster gerandomiseerd onderzoek (29 huisartsenpraktijken, n = 411) in Nederland. De economische evaluatie omvat een kosteneffectiviteitsstudie en kosten utiliteitstudie, uitgevoerd vanuit maatschappelijk perspectief, met een tijdshorizon van 2 jaar. Effectmaten zijn kwaliteit van leven en klinische uitkomstmaten. We meten programma kosten, gezondheidszorgkosten, patiënt en familie kosten en zorggebruik.

*Resultaten/opbrengsten.* Uitgelegd wordt dat kosteneffectiviteitsanalyse niet hetzelfde is als kostenbaten analyse, en hoe het gekozen perspectief van de studie van invloed is op de resultaten. Daarnaast wordt de invloed van tijdshorizon toegelicht. En hoe uitkomsten van korte empirische studies (trials) kunnen gemodelleerd worden om uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van de leefstijlinterventie op langere termijn. Tot slot wordt uitgelegd wordt hoe de resultaten van de economische evaluatie worden geïnterpreteerd. Kosteneffectiviteit wordt uitgedrukt in een incrementele kosteneffectiviteitsratio, bestaande uit het verschil in kosten gedeeld door het verschil in effecten van de twee te vergelijken programma's.

*Discussie en conclusie.* Economische evaluatiestudies zijn belangrijk. Wanneer een nieuwe interventie én meer effect oplevert én minder geld kost, heeft deze de voorkeur boven de controle-interventie. In de meeste gevallen zijn de resultaten niet zo duidelijk en daarom is het belangrijk economische evaluaties goed te kunnen interpreteren.

## **Invloed van aannames in modellen van kosteneffectiviteit onderzoek**

P. van Gils, G.A de Wit

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* Beslissingen over vergoeding of invoering van behandelingen of preventieprogramma's worden steeds vaker gebaseerd op doelmatigheidsonderzoek. Daarbij is de ratio tussen kosten en effecten van groot belang. Bij ziektepreventie en gezondheidsbevordering treedt gezondheidswinst vaak pas op langere termijn op. Resultaten zijn vaak alleen beschikbaar uit kortdurende trials. Om berekeningen te kunnen maken zijn daarom vaak modelstudies nodig. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de onderliggende aannames die een rol spelen bij het berekenen van de ratio tussen kosten en effecten.

*Aanpak.* In een modelleringstudie naar de kosteneffectiviteit van een preventieve interventie wordt een wereld mét interventie vergeleken met een wereld zonder interventie. In het model moeten de waarden voor een groot aantal variabelen ingevuld worden: doelgroep, bereik, effectiviteit, effectbehoud, et cetera. Er zijn echter meestal alleen effectevaluaties uit trials beschikbaar met een relatief korte follow-up duur. Voor het schatten van resultaten op langere termijn moeten dan dus aannames gedaan worden over effect en effectbehoud op de lange termijn, maar ook over deelnamebereidheid. Ook over de kosten van een interventie moeten vaak aannames worden gedaan. Al deze aannames hebben grote invloed op de uiteindelijke ratio van kosten en effecten.

*Opbrengsten.* Inzicht in de invloed van aannames over kosten en effecten in economische evaluaties.

*Conclusie en aanbevelingen.* Om de beleidsmaker een betrouwbaar beeld te geven van de opbrengsten en kosten van een interventie is het noodzakelijk dat aannames in modellen zorgvuldig gedaan worden.

## **Intersectorale kosten en baten van preventie: een nieuw classificatieschema**

R.M.W.A. Drost, A.T.G. Paulus, D. Ruwaard, S.M.A.A. Evers

CAPHRI - School for Public Health and Primary Care, Maastricht

*Achtergrond en doelstelling.* Preventieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie vinden vaak plaats binnen een bredere maatschappelijke context. Dientengevolge hebben veel preventieve interventies kosten en baten die overslaan naar sectoren buiten de zorgsector, zoals de onderwijssector en de justitiële sector. Deze kosten en baten staan bekend als de 'intersectorale kosten en baten' (IKB'en) van preventie; ook wel 'de kosten en baten voor niet-zorgsectoren, veroorzaakt door preventieve interventies in de gezondheidszorg'. Er is momenteel weinig bekend over IKB'en. Dit is onder andere te wijten aan een gebrek aan methodologische kennis. Het doel van deze studie was het identificeren van IKB'en van preventie en het opstellen van een sectorspecifiek classificatieschema voor deze IKB'en.

*Aanpak/methode.* Middels een literatuuronderzoek is er gezocht naar IKB'en van psychische stoornissen en aanverwante (psycho)sociale effecten. Verwacht werd dat studies over psychische aandoeningen relatief veel IKB'en zouden noemen. Het classificatieschema werd opgebouwd vanuit een beleidsperspectief, waarna deze is aangepast aan de uitkomsten van het literatuuronderzoek. Voor validatie is het schema tijdens semigestructureerde interviews voorgelegd aan (inter)nationale experts op de gebieden van gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

*Resultaten/opbrengsten.* In totaal bevatten 52 studies de gezochte items. De gevonden IKB'en werden ingedeeld in één van de volgende vier sectoren: 'Onderwijs', 'Arbeid & Sociale Zekerheid', 'Huishouden & Vrije Tijd' en 'Veiligheid & Justitie'. (Psycho)sociale effecten werden in een aparte sectie geplaatst onder 'Individueel & Familie'. Op basis van de interviews bleef het schema, behalve structurering van IKB'en naar populatiegroepen, ongewijzigd.

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

*Conclusie en aanbevelingen.* Dit is de eerste studie die een sectorspecifieke classificatie biedt voor IKB'en van preventie. Het schema biedt beleidsmakers ondersteunende informatie voor besluitvorming over investeringen in preventieve interventies. Daarnaast biedt het schema onderzoekers ondersteunende informatie tijdens de identificatie van IKB'en en vormt het schema de basis voor de ontwikkeling van een rekeninstrument voor de waardering van IKB'en van specifieke preventieve interventies.

### **Economische evaluaties in de publieke gezondheid: risico op bias**

*S.M.A.A. Evers, C.C. Adarkwah  
Universiteit Maastricht, Maastricht*

*Achtergrond.* Voordat nieuwe interventies worden opgenomen in het zorgverzekeringpakket is het in toenemende mate belangrijk om niet alleen te kijken naar de effectiviteit, maar ook naar de economische gevolgen. Het doel van deze studie is het specifieke karakter van economische evaluatiestudies nader toe te lichten, waarbij in het bijzonder wordt ingegaan op het risico op bias.

*Methode.* Een narratieve review die dieper ingaat op bronnen van bias in economische evaluatie studies.

*Resultaten.* Verschillende vormen van bias worden gepresenteerd ingedeeld aan de hand van de verschillende fasen van onderzoek. Een onderscheid is gemaakt in bias in de pre-trial fase, bias die ontstaan gedurende het onderzoek en bias die ontstaan nadat de trial is uitgevoerd. Deze laatste bias betreft zowel het risico op bias bij analyse als bij rapportage. Al deze mogelijke bias worden in detail besproken. Verdere strategieën worden behandeld om de verschillende bias te overkomen

*Conclusie.* Om mogelijke bias in een economische evaluatiestudie te overkomen moeten onderzoekers en beleidsmakers bewust zijn van deze bias. De studie geeft een behulpzaam overzicht van de mogelijke bias en manieren om met deze bias om te gaan.

### **Sessie 38: Symposia: Levert investeren in de leefbaarheid van de wijk gezondheidswinst op? Lessen uit het URBAN40 onderzoek.**

#### **Bewoners achterstandswijken op een aantal aspecten gezonder door krachtwijkenbeleid**

*M. Droomers<sup>1</sup>, A. Kunst<sup>1</sup>, D. Kramer<sup>1</sup>, C. Hoefnagels<sup>2</sup>, S. Kremers<sup>3</sup>, H. van Oers<sup>4</sup>, K Stronks<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>Trimbos, Utrecht

<sup>3</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>4</sup>RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* Het URBAN40 onderzoek heeft de Nederlandse wijkenaanpak aangegrepen om de impact te bestuderen van investeringen in wonen, werken, leren, sociale integratie en veiligheid op de leefstijl en gezondheid van de inwoners van 40 achterstandswijken.

*Aanpak/methode.* In een quasi-experimentele onderzoeksofzet vergeleken we de 40 aandachtswijken met vergelijkbare controlewijken. We bestudeerden lichaamsbeweging, roken, alcoholconsumptie, overgewicht, ervaren en mentale gezondheid, depressieve symptomen, zorggebruik en gerelateerde kosten. Tijdsreeksanalyses vergeleken de ontwikkeling in uitkomstmaten vóór de invoering van de wijkenaanpak met de periode daarna.

*Resultaten/opbrengsten.* Sinds 2008 hebben bepaalde aspecten van de gezondheid in aandachtswijken zich relatief gunstig ontwikkeld. Dit geldt met name voor wandelen in vrije tijd en roken, de mentale gezondheid van volwassenen en overlastgevend probleemgedrag van tieners, de ervaren algemene gezondheid en het gebruik van antidepressiva en tweedelijns GGZ. Overgewicht van volwassenen en de totale zorgkosten ontwikkelden zich in aandachtswijken minder gunstig dan in andere wijken. Voor de overige gezondheidsindicatoren observeerden we geen veranderingen. De positieve ontwikkelingen in de gezondheidssituatie in aandachtswijken deden zich voornamelijk voor in die wijken waarin meer verschillende interventies op grotere schaal zijn ingezet, of waar vooral is ingezet op de leefbaarheid van de wijk (meer dan op verbetering sociale positie) of daar waar een 'experiment gezonde wijk' heeft plaatsgevonden. We zagen geen gezondheidswinst in wijken die veel investeren in groenvoorzieningen.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Het is veelbelovend dat binnen 4 jaar na invoering van de wijkenaanpak de bewoners van die wijken op een aantal aspecten gezonder zijn geworden. Tijdens het symposium zullen de resultaten van het onderzoek uitgediept worden. Met name wordt ingegaan op de vraag op welke interventies of strategieën de geobserveerde gezondheidseffecten terug te voeren zijn. Ook worden beleidsimplicaties bediscussieerd.

#### **Meer intensieve wijkenaanpak levert meer gezondheid op**

*M. Droomers<sup>1</sup>, A. Kunst<sup>1</sup>, D. Kramer<sup>1</sup>, C. Hoefnagels<sup>2</sup>, S. Kremers<sup>3</sup>, H. van Oers<sup>4</sup>, K Stronks<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>Trimbos, Utrecht

<sup>3</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>4</sup>RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* De wijkenaanpak werd in alle 40 aandachtswijken op een andere manier ingevuld, op basis van een lokale probleemanalyse. URBAN40 onderzocht de invloed van deze lokale invulling van de wijkgerichte interventies op de ontwikkeling van de gezondheid in de aandachtswijken.

*Aanpak/methode.* URBAN40 bracht in kaart welke interventies er zijn uitgevoerd in de aandachtswijken tot en met 2011 (beschrijving activiteiten en doelgroep, begin- en einddatum en bereik). Per thema (wonen, werken, leren, sociale integratie, veiligheid) zijn minimaal 2 typen interventies nagevraagd door middel van een vragenlijst en een interview met wijkmanagers. Deze informatie is gebruikt om de aandachtswijken te verdelen in twee groepen op basis van de intensiteit van de uitvoering van de wijkenaanpak. Aandachtswijken die een meer intensieve wijkenaanpak uitvoerden, voerden hun interventies vaker uit op grotere schaal uit. Ook voerden ze meer verschillende

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

interventies uit dan in wijken die een minder intensieve aanpak kozen. In wijken met een meer intensieve aanpak is de thematische dekking over het algemeen breder en omvatten de interventies zowel sociaal-economische als omgevingsmaatregelen.

*Resultaten/opbrengsten.* In aandachtswijken die een meer intensieve wijkenaanpak uitvoerden was het aantal rokers stabiel, terwijl dat in andere aandachtswijken toenam. Ook de ervaren algemene gezondheid bleef in de aandachtswijken met een meer intensieve aanpak stabiel, waar deze in andere achterstandswijken en de rest van Nederland verslechterde. Een meer intensieve wijkenaanpak leidde tot verbetering van de mentale gezondheid van de inwoners van aandachtswijken vanaf 2008, terwijl deze in de rest van Nederland licht verslechterde.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Een meer intensieve wijkenaanpak leidt tot verbetering van de mentale gezondheid. Een meer intensieve wijkenaanpak lijkt bovendien de negatieve trend in rookgedrag en ervaren gezondheid die we wel zien in andere achterstandswijken sinds 2008 - mogelijk onder invloed van de economische crisis? - te dempen.

### Investeren in de buurtomgeving of de sociale positie van buurtbewoners?

A. Kunst<sup>1</sup>, M. Droomers<sup>1</sup>, S. Kremers<sup>2</sup>, C. Hoefnagels<sup>3</sup>, D. Kramer<sup>1</sup>, H. van Oers<sup>4</sup>, K Stronks<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>3</sup>Trimbos, Utrecht

<sup>4</sup>RIVM, Bilthoven

*Achtergrond en doelstelling.* URBAN40 onderzocht de invloed van interventies gericht op het verbeteren van de buurtomgeving in vergelijking met een aanpak die zich concentreerde op het verbeteren van de sociale positie van de bewoners op de ontwikkeling van de algemene ervaren gezondheid.

*Aanpak/methode.* We onderscheidde buurten die relatief meer en grootschaligere interventies inzetten op de verbetering van de buurtomgeving en buurten die relatief meer en grootschaligere interventies richtten op een betere sociale positie van de bewoners. Daarnaast werd er een groep wijken onderscheiden die een minder intensieve wijkenaanpak uitvoerden. De verbetering van de buurtomgeving gebeurde vaak door herstructurering van de buurt, verbeteren van de groenvoorzieningen en spel- en sportfaciliteiten in de buurt. Veel van deze aandachtswijken zetten ook in op schoon, heel en veilig. Verbeteren van de sociale positie van de buurtbewoners gebeurde door het bestrijden van werkloosheid en schooluitval van tieners of het opzetten van brede basisscholen.

*Resultaten/opbrengsten.* In de aandachtswijken die hun interventies richtten op de buurtomgeving was de ervaren gezondheid stabiel sinds de start van de wijkenaanpak, terwijl de ervaren gezondheid van andere Nederlanders licht verslechterde in deze periode. Ook in de aandachtswijken die relatief sterker inzetten op het verbeteren van de sociale positie van de wijkbewoners, verslechterde de ervaren gezondheid.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* De inzet op verbetering van de buurtomgeving lijkt de bevolking van aandachtswijken tegen

een achteruitgang van hun ervaren gezondheid zoals we die sinds 2008 in de rest van Nederland zien, te beschermen. Een dergelijk effect vonden we niet in de aandachtswijken die vooral inzetten op verbetering van de sociale positie van buurtbewoners. Mogelijk is het bereik van dit soort arbeidsintensieve, langdurige activiteiten vooralsnog te klein om een effect te kunnen hebben op de ervaren gezondheid op buurtniveau.

### Sessie 39: Symposia: Bouwstenen voor een toekomstgerichte beroepen- en opleidingsstructuur voor de zorg

#### Bouwstenen voor een toekomstgerichte beroepen- en opleidingsstructuur voor de zorg

M. Jambroes<sup>1</sup>, K.P. van Vliet<sup>2</sup>, M.J. Kaljouw<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>College voor Zorgverzekeringen, Diemen

De Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het CVZ adviseert de Minister van VWS over een nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur voor de zorg. Zij heeft een innovatieve aanpak ontwikkeld. Belangrijke uitgangspunten zijn de te verwachten zorgvraag in 2030 en het nieuwe concept van gezondheid waarin het functioneren, aanpassingsvermogen en eigen regie centraal staan.

Achtereenvolgens komen aan bod: werkwijze in het advies-traject, indicatie van de zorgvraag in 2030 en de landelijke veldraadpleging.

*Doel.* Informeren over de aanpak van de commissie en discussie over de eerste resultaten

*Opbouw.* Start: een inleiding over de noodzaak van een nieuwe beroepenstructuur en daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de resultaten van vier quickscans die in 2012 en 2013 zijn uitgevoerd.

Het CVZ volgt daarna met een presentatie over de innovatieve werkwijze die zij ontwikkeld heeft om tot een advies te komen. Zij presenteert de belangrijkste uitgangspunten van de commissie en de bouwstenen die bijdragen aan het advies. Centraal staat het nieuwe concept van gezondheid

Het Verwey-Jonker Instituut heeft 28 focusgroepen georganiseerd waarin de doelstelling was om te doordenken hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zou moeten zien. Startpunt was een nieuw concept van gezondheid (Huber et al., 2011) waarin burgers in hun sociale netwerken regie voeren over de eigen gezondheid. De resultaten van deze focusgroepen worden gepresenteerd.

Tot slot presenteert TNO het onderzoek naar de indicatie van de zorgvraag in 2030. Het doel van dit onderzoek is om lokaal/regionaal de zorgvraag in 2030 te voorspellen op basis van het functioneren en chronische aandoeningen van populaties. Nieuw is het inzicht in het functioneren van populaties (met name van ouderen) en de koppeling van data op lokaal niveau. We sluiten af met vragen aan de zaal. De zaal wordt gevraagd om actief mee te denken over het zorgaanbod in 2030.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## Innovatie van zorgberoepen- en opleidingen

M. Jambroes<sup>1</sup>, K.P. van Vliet<sup>2</sup>, M.J. Kaljouw<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AMC, Amsterdam

<sup>2</sup>College voor Zorgverzekeringen, Diemen

**Achtergrond.** De snel vergrijzende bevolking en de stijgende kosten van de gezondheidszorg vragen om grote veranderingen in de zorg. Dergelijke veranderingen betreffen niet alleen het zorgaanbod en in het verlengde daarvan de zorgberoepen en opleidingen maar ook een andere visie op gezondheid en zorg. De Commissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen van het CVZ adviseert de Minister van VWS toekomstgericht en sector overstijgend over nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur voor de hele zorg.

Het doel van de presentatie is om inzicht te geven in de werkwijze van de commissie en de eerste resultaten te delen.

**Aanpak.** Belangrijke uitgangspunten zijn de zorgvraag in 2030 en het nieuwe concept van gezondheid (Huber e.a., 2011) waarin het functioneren, aanpassingsvermogen en eigen regie centraal staan. De werkwijze bestaat uit een landelijk traject met expertpanels, veldraadplegingen en een ontwerpteam en een regionaal traject met drie 'broedplaatsen' waarin de zorgvraag in 2030 bepaald wordt en lokale denktanks het toekomstige zorgaanbod uitdenken. Centrale vragen zijn: wat kunnen mensen zelf, wat is in 2030 mogelijk met technologie en e-health, wat kan het sociale netwerk bijdragen en welke professionele zorg is noodzakelijk. Een ontwerpteam vertaalt deze gegevens naar de vraag wie die zorg gaan leveren. De werkwijze wordt gevolgd met een procesanalyse en evaluatie.

**Resultaten.** In 2013 is een aantal onderdelen van het programma gestart en deels afgerond. De resultaten daarvan zijn recent gepresenteerd op het eerste Zorgberoependebat. Drie regionale broedplaatsen starten: Friesland, Amsterdam/Amstelveen en Rotterdam. TNO brengt voor deze regio's de zorgvraag in 2030 in beeld. In 2014 gaan lokale denktanks aan de slag met de bevindingen. De eerste uitkomsten worden tijdens het symposium gepresenteerd.

**Conclusies.** Het proces om tot een toekomstgerichte beroepen- en opleidingsstructuur te komen is in volle gang. In 2015 wordt een eerste advies over een nieuwe beroepenstructuur verwacht. In 2016 volgen de opleidingen.

## Functioneringsproblemen van ouderen: Indicatie zorgvraag m.b.v. empirisch gefundeerde functioneringsprofielen

A.M.J. Chorus<sup>1</sup>, R.J.M. Perenboom<sup>1</sup>, H. Hoffstetter<sup>1</sup>, M. Stadlander<sup>1</sup>, K.P. van Vliet<sup>2</sup>, M.J. Kaljouw<sup>2</sup>

<sup>1</sup>TNO, Leiden

<sup>2</sup>College voor Zorgverzekeringen, Diemen

**Achtergrond en doelstelling.** In Nederland adviseren verschillende organen van de overheid een andere visie op gezondheid en zorg, en als gevolg hiervan een andere kijk op veroudering. De strekking is stimuleren van een vitale populatie die in staat wordt gesteld een actief en gezond leven te leiden. En wanneer een chronische ziekte wordt vastgesteld te focussen op behoud van de functionele capaciteit. Om met lokaal beleid en aanbod dicht bij huis goed te kunnen anticiperen is het doel van dit onderzoek lokaal/regionaal de zorgvraag in 2030 te voorspel-

len op basis van het functioneren en chronische aandoeningen van populaties met zoveel mogelijk lokaal verzamelde data.

**Methode.** Prognoses van het functioneren en chronische aandoeningen in 2030 op basis van demografische ontwikkelingen in de provincie Friesland, Amsterdam & Amstelveen en Rotterdam. Prevalentiecijfers over het functioneren zijn gebaseerd op een samengestelde variabele van 12 indicatoren van fysiek functioneren: ADL/HDL indicatoren, ervaren gezondheid en incontinentie en psychisch functioneren, aanwezigheid van lichte/matige of ernstige dementie.

**Resultaten.** In tegenstelling tot Amsterdam en Amstelveen en Rotterdam groeit de totale bevolking in Friesland niet en is de bevolking overwegend van Nederlandse komaf. In alle gebieden neemt het aantal ouderen toe, als ook de functioneringsproblematiek en chronische morbiditeit, maar zijn er wel verschillen tussen gebieden in omvang en groei. Het type functioneringsproblemen is vergelijkbaar. Overigens is in alle genoemde gebieden ook een groei van het aantal ouderen zonder functioneringsproblematiek, ongeacht de aanwezigheid van een chronische aandoening.

**Conclusie.** Prognoses over functioneren en chronische aandoeningen op basis van lokale demografische ontwikkelingen laten zowel overeenkomsten als verschillen zien tussen gebieden, en laten zien dat hoewel de problematiek toeneemt niet alle ouderen met chronische aandoeningen problemen ondervinden. Functioneringsprofielen dragen bij aan de onderbouwing van de nieuwe visie op gezondheid en zorg en gepersonaliseerde preventie, rekening houdend met de lokale situaties.

## Zorg voor gezondheid in 2030: Resultaten van 28 focusgroepen in de zorg

M.J. de Gruijter<sup>1</sup>, T. Nederland<sup>1</sup>, M. Stavenuiter<sup>1</sup>, K.P. van Vliet<sup>2</sup>, M.J. Kaljouw<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Verwey-Jonker Instituut, Utrecht

<sup>2</sup>College voor Zorgverzekeringen, Diemen

De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het College voor Zorgverzekeringen adviseert de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. In opdracht van CVZ heeft het Verwey-Jonker Instituut 28 focusgroepen georganiseerd met patiënten (/burgers/cliënten), professionals, bestuurders, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers en opleiders. Bijna 300 personen namen deel. Doelstelling van de focusgroepen was om te doordenken hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zou moeten zien. Startpunt daarbij was een nieuw concept van gezondheid (Huber et al., 2011) waarin burgers in hun sociale netwerken regie voeren over de eigen gezondheid. Wat kunnen burgers en hun netwerken doen en hoe kunnen zij worden ondersteund bij zorg voor de eigen gezondheid? Wat zijn (nieuwe) rollen voor professionals en wat zijn consequenties voor 'het systeem'? Het Verwey-Jonker Instituut heeft de verslagen van de 28 bijeenkomsten geanalyseerd. Een opvallende uitkomst is de grote bereidheid vanuit alle geledingen in de zorg om de burger centraal te stellen en hieraan consequenties te verbinden, ook als deze gevolgen hebben voor het eigen professionele handelen of institutionele belangen. De deelnemers aan de

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

focusgroepen pleiten onder andere voor horizontalisering van de verhoudingen tussen burgers en professionals: De traditionele hiërarchische verhouding tussen arts en cliënt zal meer en meer moeten verdwijnen naarmate de verantwoordelijkheid voor gezondheid meer bij de burger zelf komt te liggen. Daarnaast is volgens de deelnemers sprake van informalisering. Burgers en hun verbanden gaan meer zelf doen en treden meer in dialoog met de professional. Dit betekent voor de professional dat hij/zij veel eerder het informele netwerkwerk moet (durven) aanspreken. Dit roept de vraag op of het toekomstig zorgsysteem, nog wel een 'systeem' is, of dat we meer moeten spreken van een netwerk gecreëerd rond de zorgbehoeften van de burger.

## Sessie 40 t/m 47: Workshops

### Verleiden van gezondheidsprofessionals tot inzet van natuur voor gezondheid

H. Kruize<sup>1</sup>, C.M.L. Hermans<sup>2</sup>, A. Postma<sup>3</sup>, G.C.W. Wendel-Vos<sup>1</sup>, L.C. Lemmens<sup>1</sup>, S. de Vries<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>Alterra Wageningen UR, Wageningen

<sup>3</sup>Annette Postma, Slootdorp

*Achtergrond en doelstelling.* Vraag je mensen wat ze echt belangrijk vinden in hun leven, dan krijg je steevast te horen: 'Een goede gezondheid en gelukkig zijn'. Steeds meer wetenschappelijke studies laten zien dat een groene leefomgeving een positieve invloed heeft op het welbevinden en de psychische, fysieke en sociale gezondheid van mensen. De aanwezigheid van groen vermindert stressgevoelens, stimuleert tot bewegen en bevordert het herstel bij ziekte. Alhoewel er nog de nodige vragen zijn over het werkingsmechanisme, lijkt natuur een geschikt medicijn voor een betere gezondheid. Toch lijken gezondheidsprofessionals er nog weinig gebruik van te maken. Wat is hiervoor de reden? Wat hebben gezondheidsprofessionals nodig om te zorgen dat het aanbod van natuurlijke omgeving beter wordt benut voor gezondheid? Welke andere maatschappelijke actoren (bijv. gemeenten, zorgverzekeraars, natuurbeheerders, woningcorporaties, maar ook burgers) kunnen hen daarbij helpen?

Het doel van deze workshop is om met alle aanwezigen een antwoord te formuleren op deze vragen. We focussen daarbij op natuur in relatie tot overgewicht/obesitas en depressie.

*Aanpak/methode van de workshop.* De workshop kent de volgende stappen:

- korte toelichting op de aanleiding van deze workshop en centrale vragen;
- interactief aan de slag met het 'eilandspel'. Daarin worden zoveel mogelijk ideeën en opvattingen van alle deelnemers op eerdergenoemde vragen geïnventariseerd;
- plenaire terugkoppeling en gezamenlijk terugbrengen van de ideeën tot een top5 of top10.

Resultaten. Een overzicht van:

- kansen en belemmeringen die gezondheidsprofessionals zien voor gebruik van 'natuur als medicijn';
- mogelijke samenwerkingspartners voor gezondheidsprofes-

sionals die kunnen helpen bij het inzetten van 'natuur als medicijn'.

*Conclusies/aanbevelingen.* De resultaten uit deze workshop zullen gebruikt worden als input voor een lopend onderzoek van de ministeries van VWS en EZ naar de relatie tussen natuur en gezondheid, uitgevoerd door RIVM en Alterra. De resultaten worden ook toegestuurd aan de deelnemers van de workshop.

### De Omslag: gezondheid in 3D. Interactieve workshop over de verbinding van gezondheid met de decentralisaties.

A. Winsemius

Movisie, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* De verzorgingsstaat is sterk in beweging. Gemeenten krijgen een veel grotere rol in de zorg voor en ondersteuning van hun inwoners. Zowel de (lokale) gezondheidssector als de (lokale) sociale sector ondervindt de gevolgen van de transitie naar een participatiemaatschappij. En van de veranderingen in financiering die daarmee samenhangen. Hoe kunnen deze sectoren elkaar versterken in hun overeenkomstige opdracht de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de eigen kracht van burgers beter te benutten, de kosten te beperken?

*Aanpak.* In deze interactieve workshop verkennen we met elkaar de noodzaak en meerwaarde van de verbinding tussen de gezondheidssector, de zorgsector en de sociale sector. We onderzoeken manieren waarop de verbinding al gemaakt wordt en beter gemaakt zou kunnen worden. Het doel van de workshop is het creëren van lonkende vergezichten. Wat is er over een jaar of 20 veranderd in de manier waarop mensen met multiproblematiek en/of multimorbiditeit geholpen worden? Wat doen professionals anders en wat doen ze hetzelfde? Wat doen organisaties anders? Gemeenten? Financiers?

*Resultaat.* Het resultaat van de workshop zijn een aantal lonkende vergezichten die de deelnemers kunnen gebruiken om het belang van het leggen van de verbinding onder de aandacht te brengen van collega's, managers, bestuurders, politici, beleidsmedewerkers, etc. Ook hebben ze kennis gemaakt met een aantal voorbeelden van hoe de verbinding nu al gelegd wordt en hun ervaringen gedeeld in het leggen van de verbinding.

*Informatie over de initiatiefnemers.* Sinds 2012 werken Movisie, GGD Nederland, TNO CBO en Vilans samen om een omslag teweeg te brengen door aandacht te vragen voor de meerwaarde van verbinding tussen gezondheidsbevordering, preventie met de drie decentralisaties in het sociale domein. Vooral willen we zichtbaar maken hoe de verbinding er in de praktijk uit kan zien.

### Ouderbetrokkenheid! Belangrijk in leefstijlprogramma's, maar hoe doe je dat?

M.E. Jurg<sup>1</sup>, M.E. Jurg<sup>1</sup>, P. de Vries<sup>2</sup>, W. van Hal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>GGD Amsterdam, Amsterdam

<sup>2</sup>CPS Onderwijsontwikkeling en advies, Amersfoort

<sup>3</sup>Convenant Gezond Gewicht/IOGG, Den Haag

Ouderbetrokkenheid wordt als één van de drie belangrijkste componenten gezien om significant het gewicht van kinderen te verlagen. Ouders zijn er tenslotte verantwoordelijk voor dat

## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

hun kinderen gezond eten en voldoende bewegen. Het aanbod van ouderbijeekomsten over dit thema is dan ook groot. De opkomst van ouders valt echter vaak tegen in de praktijk. Of toch niet? In deze workshop krijgt u ervaringen en tips te horen van het CPS Onderwijsontwikkeling en advies, Convenant Gezond Gewicht/JOGG en van GGD Amsterdam, Voedingscentrum, Hartstichting vanuit het interactief theater 'Voor je het weet zijn ze groOt'. Deze ervaringen en tips zijn het startpunt van een lijst met tips en trucs. Op een ludieke manier wordt uw input tijdens deze workshop verwerkt in dit overzicht. Zo gaat u met een waslijst aan nieuwe ideeën naar huis en hopen we u te inspireren ouderbetrokkenheid binnen leefstijlprogramma's verder vorm te geven.

U hoort hoe de nieuwe ouderbijeekoms 'Voor je het weet zijn ze groot', ervoor zorgt dat de opkomst verdrievoudigd. Dit pakkende theaterspektakel over opvoeding, voeding en bewegen bestaat uit interactieve theater scènes en groepsbesprekingen. Ook hoort u tips uit de praktijk van CPS Onderwijsontwikkeling en advies. Want voor een succesvolle samenwerking tussen school en ouders om een gezonde leefstijl te bevorderen bij het kind, is een grondhouding van gezamenlijke verantwoordelijkheid nodig. CPS laat u zien, aan de hand van het programma Ouderbetrokkenheid 3.0©, hoe dit gedrag bij ouders, leraren en leerlingen tot stand kan komen. Het Convenant Gezond Gewicht/JOGG deelt haar ervaringen omtrent ouderbetrokkenheid en laat u kennismaken met de toolkit 'Ouderbetrokkenheid en gezond gewicht'. In deze toolkit vindt u materialen en tipsheets die u kunt gebruiken bij het betrekken en stimuleren van ouders bij voedings- en beweegactiviteiten op de basisschool, voorschool en peuterspeelzaal. De samenvatting van deze NCVGZ-workshop wordt als tipsheet opgenomen in de toolkit.

### **Uit de crisis: actieplannen voor depressiepreventie, voor moeders, werknemers, leerlingen, huisartspatiënten, chronisch zieken en mantelzorgers**

A. van der Poel<sup>1</sup>, J.C.M. Hulleman<sup>2</sup>, F. Smit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trimbos-instituut, Utrecht

<sup>2</sup>Ministerie van VWS, Den Haag

*Achtergrond en doelstelling.* Depressie staat al jaren in de top vijf van alle lijstjes over hoogste ziektebelasting, hoogste ziektekosten en grootste veroorzakers van arbeidsverzuim. Zo'n 800.000 Nederlanders maken per jaar een depressieve episode door. Niet voor niets dus dat depressiepreventie als prioriteit is opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid. Een programmatische aanpak voor depressiepreventie lijkt een kansrijke manier om het aantal nieuwe en recidiverende depressies per jaar aanzienlijk te verkleinen. VWS heeft daarom het Trimbos-instituut de opdracht gegeven om actieplannen op te stellen voor de gerichte aanpak van depressiepreventie bij hoogrisicogroepen.

*Aanpak/methode.* Deze actieplannen richten zich op: pas bevallen moeders (post partum depressie); KOPP/KVO-kinderen en ROC-leerlingen; huisartspatiënten met beginnende en terugkerende depressieklachten; werknemers in stressvolle beroepen; chronisch zieken; en mantelzorgers. Trimbos ontwikkelt samen met relevante stakeholders (in de domeinen zorg, school, werk en wijk) voor elke groep een gericht actieplan

depressiepreventie, waarin herkenning/signaleren en begeleiding en verwijzing centraal staan.

*Resultaten/opbrengsten.* In de workshop wordt het belang van depressiepreventie benoemd: prevalentie, incidentie en beloop, en de gevolgen voor individu, omgeving en maatschappij. Vervolgens worden de zes actieplannen in elevator pitches gepresenteerd door een expert/betrokkene uit het betreffende veld, waarna deelnemers in groepjes zullen reageren op en meedelen over twee of drie actieplannen. Hierbij is bijzondere aandacht voor ggz-preventie op het niveau van de wijk: wat is nodig om depressiepreventie wijkgericht te laten slagen? *Conclusies en aanbevelingen.* Trimbos is (vanaf najaar 2013) bezig met de ontwikkeling van de actieplannen, samen met stakeholders. In deze workshop krijgen deelnemers allerlei kennis over depressie aangereikt, maar belangrijker is dat de actieplannen 'vers van de pers' gepresenteerd worden. Deelnemers aan de workshop worden van harte uitgenodigd om hier op te reageren!

### **Gezamenlijk doel, verschillende belangen bij interventieprogramma's; communiceren kun je leren, en ervaren!**

C. Schaap, C. Schaap, C. van Zoelen, I. Audenaerde, M.

Boukiour, H. Feenstra, F. Scheffers

De Haagse Hogeschool, Den Haag

*Achtergrond en doelstellingen.* De Academie voor Gezondheid van de Haagse Hogeschool biedt van uit de Onderzoekgroep Preventie een succesvolle minor aan voor het ontwikkelen van preventieprogramma's. Studenten wordt de opdracht gegeven een maatschappelijk probleem in de wijk op te sporen. Aan de hand van intervention mapping wordt een subsidievoorstel geschreven om het probleem aan te pakken. Een punt wat vaak moeizaam verloopt bij de ontwikkeling en uitvoer van een preventieprogramma is de communicatie tussen verschillende belanghebbende partijen. Om dit punt duidelijk in kaart te brengen en het belang van een goede communicatie te laten ervaren is een workshop ontwikkeld.

*Aanpak/methode.* Deelnemers van de workshop worden in teams een rol, met bijbehorende belangen en visies, toegewezen. Alle teams krijgen hetzelfde maatschappelijke probleem voorgeschoteld. De teams dienen vanuit hun eigen rol een bijdrage te leveren aan de oplossing voor het probleem. Er mag gecommuniceerd worden met de andere teams, indien dat nodig of gewenst is. Er zijn in totaal 7 rollen. Aan het einde van de workshop presenteert ieder (of in samenwerkingsverband, afhankelijk van het verloop van het spel) team zijn voorstel voor de oplossing van het maatschappelijk probleem aan een 'subsidieverstrekker'.

*Resultaten/opbrengsten.* Door middel van het rollenspel wordt inzichtelijk dat ieder team het zelfde doel heeft, maar dat door verschillende belangen veel langs elkaar heen gewerkt wordt. Het ervaren van de moeizaamheden en successen in de communicatie wordt als zeer leerzaam ervaren.

*Conclusies en aanbevelingen.* Betrokken deelnemers krijgen -in een afgebakende setting en tijd- helder inzicht in de moeilijkheid van een gezamenlijk doel met verschillende visies en belangen. Een alledaags probleem voor gezondheidsbevoorwaarden wordt hierdoor aangestipt.

# Verzamelde presentaties, symposia en workshops

## **Bezuinigingen, transitie, veranderende perspectieven: wat is de rol van evidence?**

*D. van Dale*

*RIVM, Bilthoven*

*Inleiding.* Het loketgezondleven.nl en de databank Effectieve Jeugdinterventies bevatten samen tegen de 40 interventies die in meer of mindere mate effectief lijken te zijn. Daarnaast weten we van meer dan 200 interventies wat de werkzame mechanismes zijn. Dat lijkt een goede gereedschapskist om aan de slag te gaan als professional. Is dat ook zo? Is dit het gereedschap wat u nodig heeft om de klus te klaren? En is evidence in deze tijd van bezuinigingen en overheveling van allerlei taken naar de gemeente van belang? Ziet u het als kans of als belemmering? Minder geld dus meer ruimte voor dat wat erkend / effectief is? Of is het belangrijker om meer in te zetten op co-creatie met burgers?

*Doel.* Inzicht in het standpunt van de aanwezige professionals over het nut en gebruik van erkende (effectieve) interventies in hun praktijk

Inzicht in het standpunt van professionals welke kennis nodig is om de evidence/erkende interventies goed te kunnen gebruiken.

*Opzet workshop: debatcompetitie.* We starten met een praktijkvoorbeeld over het gebruik van een erkende interventie. De professional die dit voorbeeld presenteert, zoomt daarbij in op de kansen en belemmeringen bij het gebruik van een erkende interventie. Vervolgens leggen we verschillende stellingen voor aan de deelnemers over het nut van het gebruik van erkende interventies in deze tijden van bezuinigingen en transitie. Iedere deelnemer kiest één stelling uit. Per stelling bedenken deelnemers gezamenlijk argumenten om hun standpunt te verdedigen. Uit iedere groep neemt 1 deelnemer deel aan de debatcompetitie. Een tweetal professionals uit het veld van gezondheidsbevordering en preventie zullen de prijs voor de beste argumenten en de beste debater toekennen.

*Resultaat.* Uitwisseling van kennis (en ervaring) over het nut en gebruik van erkende interventies in een tijd van transitie en bezuinigingen.

## **Kiezen voor een duurzaam toekomstbestendig zorgpersoneelsbeleid met een positieve impact op de mondiale volksgezondheid kán.**

*L. Mans, A. Tijtsma*

*Wemos, Amsterdam*

*Achtergrond en doelstelling.* Wereldwijd is er een tekort aan zorgverleners - in 2035 meer dan 12 miljoen, volgens de Wereldgezondheidsorganisatie. Bovendien zorgen vergrijzing en welvaartsziekten voor de noodzaak van nieuwe profielen voor zorgverleners - zeker op het terrein van volksgezondheid. Het komen tot een duurzaam toekomstbestendig zorgpersoneelsbeleid in Nederland vereist een langetermijnvisie voor het hebben van goed opgeleide, tevreden zorgmedewerkers in combinatie met continue investeringen in de kwaliteit van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en preventie. Welke aanpak is daarvoor nodig vanuit een mondiaal perspectief op volksgezondheid?

*Aanpak/methode.* Tijdens deze workshop bieden we deelnemers spelenderwijs inzicht in de mogelijke acties die op lokaal, nationaal, Europees en mondiaal niveau nodig zijn om te komen tot een duurzaam, toekomstbestendig zorgpersoneelsbeleid. Beleid dat aansluit bij ontwikkelingen van de volksgezondheid in Nederland en rekening houdt met de context van mondialisering. Dit illustreren we met inhoudelijk uitgewerkte toekomstscenario's en spelsimulatie toegespitst op HR dilemma's (opleiding, planning/raming, werving, inzetbaarheid, behoud, etc.). In het spel zijn uitgangspunten van de WHO Gedragscode t.a.v. werving en 'transformative education for global health' opgenomen en vertaald naar de praktijk. (Zie: 'Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel'.)

*Resultaten/opbrengsten.* Bij het plannen, opleiden, werven en aannemen van zorgpersoneel, zijn veel actoren betrokken. Spelers zitten met elkaar aan tafel als beleidsmakers van verschillende ministeries, opleidingsinstituten, publieke gezondheidszorginstellingen als GGD'en, vakbonden, werkgevers en wervingsbureaus. Ze worden geconfronteerd met reële bedreigingen (virusuitbraak, obesitas epidemie, TB, oprukkende Lyme) en komen in samenwerkingsverband tot een personeelsbestand op het gebied van public health professie dat rekening houdt met het mondiale perspectief en de huidige ziektelast.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* De spelers/ deelnemers stellen vast wat de verantwoordelijkheden van actoren (op lokaal, nationaal, Europees en internationaal niveau) zijn om vanuit een mondiaal perspectief duurzame verbeteringen van volksgezondheid wereldwijd te realiseren.

## **PuberPreventiePitch: Uitvoering van het JGZ contactmoment adolescenten in de regio.**

*S.E. Neppelenbroek*

*GGD Nederland, Utrecht*

*Achtergrond en doelstelling.* In 2014 zijn de meeste JGZ-organisaties gestart met de uitvoering van het extra contactmoment voor jongeren. Begin 2013 zijn hiervoor structurele middelen beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS, als onderdeel van een breed pakket aan maatregelen om de gezonde leefstijl van jongeren te bevorderen. De invulling van het contactmoment is maatwerk: JGZ-organisaties kijken nadrukkelijk naar de behoefte en wensen van de doelgroep in samenspraak met gemeenten, scholen, ouders. Hierdoor is de lokale invulling van het contactmoment zeer divers. Voorbeelden zijn: extra inzet op de aanpak van schoolverzuim, gebruik van social media, spreekuren op school, voorlichting in de klas, de digitale jeugdmonitor en technieken om de eigen kracht van jongeren en die van de omgeving te versterken. In de workshop op het NCVGZ laten we hiervan praktijkvoorbeelden zien en gaan we hierover met deelnemers in gesprek.

*Aanpak/methode.* Na een korte inleiding over hoe JGZ-organisaties aan de slag zijn met de invoering van het contactmoment, presenteren drie projectleiders van GGD'en in Amsterdam, West-Brabant en Gelderland Midden, hun uiteenlopende werkwijzen in de vorm van een 'pitch'. Deelnemers krijgen de kans om in een korte tijd zoveel mogelijk vragen te stellen als



## Verzamelde presentaties, symposia en workshops

voorbereiding op het daarop volgende 'dilemmaspel'. Deelnemers worden daarin uitgedaagd keuzes te maken aan de hand van dilemma's rond de uitvoering van het contactmoment voor jongeren.

*Resultaten/opbrengsten.* Deelnemers maken in een korte tijd kennis met de verschillende mogelijkheden waarop de JGZ het extra contactmoment in de regio uitvoert en krijgen inzicht in welke beslissingen hieraan ten grondslag liggen.

*Conclusies en aanbevelingen.* Door gebruik te maken van elkaars kennis en kunde, komen we tot een aanpak afgestemd op de regionale couleur locale. We creëren verbinding tussen alle partijen die een gezonde leefstijl aanmoedigen. Jeugdgezondheidszorg op zijn breedst.

## Abstracts posters

### Het Pad: ontwerp van een lange-afstand wandelervaring tegen recidiverende depressie en CVS

W.T. de Groot, W T de Groot, R. de Nooij  
Radboud Universiteit, Nijmegen

Natuur maakt gezond, blijkt uit talloze experimentele, real-life en statistische onderzoeken. Slechts een deel van dat onderzoek gaat over mensen met psychische aandoeningen, maar ook daar is het verband altijd positief; zie bijvoorbeeld Roe en Aspinal in *Health and Place* en Berman et al. in *Affective Disorders*, die beiden keken naar het effect van korte wandelingen in de natuur.

Het Pad is een project van de Radboud Universiteit, via een 'Green Deal' ondersteund door het Ministerie van EL&I, Menzis Zorgverzekeraar en de Provincie Gelderland. Medici en ecologen ontwerpen samen een lange-afstands wandelervaring, gericht op verlichting van chronische depressie en vermoeidheid. Belangrijk is daarbij het meerdaagse karakter, omdat hier wetenschappelijk nog niets over bekend is, en omdat we weten dat na enkele dagen lopen het Pad zelf doel wordt en het gewone leven, met al zijn zorgen, overneemt.

Het Pad loopt van Millingen langs de Waal, altijd vlak langs de rivier, en dan verder langs het water, totdat twee weken later alles zich opent aan de zee bij Vrijheidsduin. Mensen zullen Het Pad kunnen lopen als een 'levensgelijk' pad, dat wil zeggen zonder kaart (die heeft het leven immers ook niet), maar met eenvoudige aanwijzingen (in essentie: houd het water rechts), in het vertrouwen dat er dan een heleboel kleine problemen zijn op te lossen (over het hek en doorgaan langs de rivier? door de wei met koeien? om de steenfabriek heen?), maar dat de rivier altijd weer terug zal komen en niets een te groot risico zal zijn. Om dat laatste waar te maken hebben in 2013 veertig vrijwilligers Het Pad verkend. Dit jaar volgt de medische test.

### Welke factoren bepalen of organisaties een computer-getailor-de interventie willen implementeren in de praktijk?

D.A. Peels<sup>1</sup>, D.A. Peels<sup>1</sup>, C. Bolman<sup>1</sup>, R.H.J. Golsteijn<sup>1</sup>, H. de Vries<sup>2</sup>, A.N. Mudde<sup>1</sup>, L. Lechner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup>Maastricht University, Maastricht

*Achtergrond en doelstelling.* Het effect van gezondheidsbevorderende-interventies op de volksgezondheid is in grote mate afhankelijk van de implementatie van deze interventies in de praktijk. Deze implementatie wordt vaak uitgevoerd door intermediairen zoals huisartsen of GGDen, en niet door de interventieontwikkelaar zelf. Het gebeurt echter vaak dat effectieve interventies niet worden geïmplementeerd in de praktijk. De huidige studie geeft inzicht in de factoren die van belang zijn voor het verklaren van de intentie van intermediairen om een interventie te implementeren. Hiervoor werd gekeken naar hun intentie om de (online of schriftelijke) computer-getailorde Actief Plus interventie te implementeren. Dit is een bewezen effectieve advies-op-maat interventie om fysieke activiteit bij 50-plussers te bevorderen.

*Methodie.* Met een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek is onderzocht welke interventiekenmerken, organisatiekenmerken, omgevingskenmerken, en kenmerken van de intermediair

gerelateerd zijn aan de intentie om de interventie te implementeren. Met behulp van mediatie-analyses is onderzocht of de kenmerken van de intermediair een mediërende werking hebben tussen de interventiekenmerken, organisatiekenmerken, en omgevingskenmerken enerzijds en de intentie om de interventie te implementeren anderzijds.

*Resultaten.* De vragenlijst werd ingevuld door 19 GGD'en (66% respons), 117 gemeentelijke ambtenaren (28% respons) en 10 regionale sportservices (83% respons). Diverse interventiekenmerken, organisatiekenmerken en sociale support bleken een directe invloed te hebben op de intentie om de interventie te implementeren. Deze relaties worden deels gemedieerd door de verwachte eigeneffectiviteit van de intermediair (de mate waarin de organisatie zich zelf in staat acht om de interventie in de praktijk te implementeren) en de sociale normen die de intermediaire organisatie ervaart.

*Discussie en conclusie.* Aan de hand van deze resultaten kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de ontwikkeling van een implementatiestrategie waarmee deze relevante factoren beïnvloed kunnen worden. Met behulp van een goede implementatiestrategie kan de kans op succesvolle interventie implementatie, en dus het effect van de interventie op de volksgezondheid, geoptimaliseerd worden.

### Conceptuele verheldering van IGB via concept mapping

L. Tubbing<sup>1</sup>, J. Harting<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AMC Medical Research, Amsterdam

<sup>2</sup>Amsterdam Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

*Achtergrond en doelstelling.* In het kader van het ZonMw project Consortium Instruments for Integrated Action (i4i) wordt gewerkt aan conceptuele verheldering voor Integraal gezondheidsbeleid (IGB). IGB komt in de praktijk vaak moeilijk van de grond, is vaak lastig als zodanig te identificeren en voldoet vaak niet aan de verwachtingen. Conceptuele verheldering van IGB vormt een opstap naar ontwikkeling van kwantitatieve en kwalitatieve meetinstrumenten.

*Aanpak/methode.* Een eerste stap in het onderzoek betrof een conceptuele verheldering van IGB. Hiertoe voerden we een online concept mapping procedure uit onder Nederlandse experts uit wetenschap, beleid en praktijk, voornamelijk uit de gezondheidshoek, maar ook daarbuiten.

*Resultaten/opbrengsten.* Daaruit kwamen 'integratie' en 'gezondheid' naar voren als twee centrale thema's. Integratie omvat de coherentie van beleid en het verbinden van beleidsvelden, organisaties en personen, gericht op een synthese van kennis, middelen en verantwoordelijkheden. Gezondheid betreft het procesmatig en inhoudelijk positioneren van gezondheid in het gemeentelijke beleid en de wijze waarop dat beleid zich richt op meerdere gezondheidsdeterminanten. Een ander belangrijk thema in de concept map betrof de noodzakelijke capaciteiten om lokaal IGB te kunnen voeren. Deze zijn onder te verdelen in actoren en netwerken, leerprocessen, omgaan met grenzen en voorwaarden voor samenwerking. Overigens beoordeelden de experts de verschillende aspecten van IGB als relatief moeilijk meetbaar.

*Conclusies en aanbevelingen.* Met behulp van onze concept

## Abstracts posters

map is een omvangrijk scala aan IGB-aspecten verenigd met waardering voor conceptuele verwevenheid en complexiteit. Bovendien zijn twee kernthema's geïdentificeerd: het adresseren en positioneren van gezondheid, en het organiseren van samenhangend beleid. Hoewel IGB als relatief moeilijk meetbaar wordt beschouwd, verschaffen de verschillende thema's met hun bijbehorende concepten een vruchtbare bodem voor het verder operationaliseren van IGB in toekomstig onderzoek, beleid en praktijk.

### Onderzoeksinstrumenten voor samenwerking in driehoek beleid-onderzoek-praktijk

K. Dittrich<sup>1</sup>, T.G.W.M. Paulussen<sup>2</sup>, M.P.M. Bekker<sup>2</sup>, M.O. Kok<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO), Delft

<sup>2</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

<sup>3</sup>Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam

**Achtergrond.** In het kader van het ZonMw project Consortium Instruments for Integrated Action (i4i) wordt gewerkt aan een kwantitatief en kwalitatief onderzoeksinstrumenten voor samenwerking rond kennistranslatie in de driehoek beleid-onderzoek-praktijk (BOP). Hiervoor is gebruik gemaakt van de conceptuele verheldering uit het eerste deelproject van het consortium.

**Aanpak.** In de praktijk is duurzame samenwerking vaak lastig, en zijn samenwerkingsprestaties lastig te identificeren en tot stand te brengen. Er worden twee soorten instrumenten ontwikkeld: 'Monitor AWPG' en 'Delta'. De kwantitatieve monitor en de kwalitatieve spelsimulatie vullen elkaar aan als monitoringsinstrument.

**Opbrengsten/resultaten.** De Monitor AWPG is een zelfrapportage tool dat gekwantificeerd inzicht biedt in (a) de samenwerkingsprestaties, in termen van de resultaten die de samenwerking BOP heeft behaald (vanaf initiatie tot en met beëindiging), en (b) welke samenwerkingscondities bepalend zijn voor deze prestaties. De doorontwikkelde Monitor AWPG is op een aantal punten verbeterd ten opzichte van de oorspronkelijke monitor.

De spelsimulatie Delta + geeft meer grip op de wijze waarop deelnemers hun dagelijkse samenwerkingspraktijk ervaren, hoe zij daarvan leren, en hoe daarmee de samenwerking een nieuwe impuls kan worden gegeven in de lokale setting. Delta+ prikkelt de deelnemers van een GGD, gemeente of AWPG via het spelen van een fictieve (maar realistische) casus, met de onderwijsproblematiek van 'Generatie Einstein' als metafoor voor gezondheid, tot reflectie op hun daadwerkelijke samenwerkingspraktijk.

**Conclusie.** De monitor is een methode die voor formatieve evaluatiedoeleinden kan worden ingezet in de verschillende settings en fases van maturatie van de AWPG-en. De groepsreflectie uit de simulatie leidt in de nabespreking tot een beeld van de daadwerkelijke samenwerking op basis van thema's die door de deelnemers zelf worden aangedragen. Van daaruit kunnen de deelnemers met coördinator of manager verkennen of en hoe zij hun doelen zouden willen of kunnen aanpassen.

### Ontwikkeling van een kernset aan indicatoren voor publieke en maatschappelijke verantwoording van de bevolkingsonderzoeken

L. Grievink, M.S. Lambooi, M. Kooistra, A.J.J. Lock  
RIVM, Bilthoven

**Achtergrond en doelstelling.** Monitoring middels indicatoren is een effectief middel om publieke waarden (kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid) van bevolkingsonderzoeken te borgen. De vraag is echter welke indicatoren geschikt zijn voor de publieke en maatschappelijke verantwoording van deze bevolkingsonderzoeken? Het doel van dit project was om uit een groslijst van indicatoren een kernset te selecteren die van toepassing is op alle bevolkingsonderzoeken die gezondheidswinst als doel hebben.

**Methode.** Bij de ontwikkeling van een kernset zijn we gestart met een theoretisch raamwerk gebaseerd op de publieke waarden en de ketenonderdelen (selecteren, uitnodigen, screenen, verwijzen, en aansluitende diagnostiek en behandeling). Om de informatiewaarde voor de publieke waarden vast te stellen, is een panel van experts bevraagd met de volgende drie methoden: Delphi (via internet vragenlijst), groepsordening (invullen van Excel vragenlijst) en een groepsdiscussie. Het panel bestond uit 34 personen afkomstig uit een breed veld van beleidsmakers, onderzoekers en maatschappelijke organisaties (n=28).

**Resultaten.** De groslijst bestond uit 61 indicatoren die in één of meer bevolkingsonderzoeken werden gebruikt. Na een eerste Delphi ronde bleven 36 indicatoren over, welke in de tweede ronde door het panel werden geordend. In de derde ronde werd door discussie de set beperkt tot 13 indicatoren: deelnamegraad, detectiegraad, positief voorspellende waarde, advies verwijzing opgevolgd, fout-positieven, fout-negatieven, complicaties na diagnose, programma kosten, kosten effectiviteit, geïnformeerde keuze, tijdigheid uitslag en tijdigheid start diagnostiek.

**Conclusies en aanbevelingen.** De 13 indicatoren kunnen voor alle bevolkingsonderzoeken worden ingezet bij de monitoring en evaluatie, zowel voor zwangerschapsscreeningen als kankerscreeningen die gezondheidswinst als doel hebben. Zover bij ons bekend is dit een eerste indicator ontwikkelingstraject die beide type screeningen betrokken hebben. De gepresenteerde methode en stappen kunnen ook doorlopen worden bij soortgelijke indicatoren trajecten. We bevelen dan aan om dan vooral te richten op één of twee rondes met groepsordening, hetgeen het selectieproces zal bespoedigen.

### De relatie tussen het hebben van een zieke ouder of broer/zus en risicogedrag in adolescenten

S.M.J. van Kuijk<sup>1</sup>, S. Mujakovic<sup>1</sup>, C. van Gool<sup>2</sup>, R. Crutzen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GGD Zuid Limburg, Geleen

<sup>2</sup>Universiteit Maastricht, Maastricht

**Achtergrond en doelstelling.** De hoofddoelstelling van dit onderzoek was het evalueren van de relatie tussen het hebben van een ouder of broer/zus met een somatische of mentale aandoening en risicogedrag bij jonge adolescenten tot 16 jaar. Een tweede doelstelling was het evalueren van verschillen

## Abstracts posters

in gemiddelde scores op de Sterke Kanten en Moeilijkheden (SDQ) vragenlijst tussen adolescenten met en zonder een zieke ouder of broer/zus.

**Aanpak/methode.** De GGD Zuid-Limburg heeft in 2009 cross-sectioneel gegevens verzameld van schoolgaande kinderen in de tweede en vierde klas van het voortgezet onderwijs in heel Zuid-Limburg middels een vragenlijst. Multivariabele logistische regressie is gebruikt om de relatie tussen het hebben van een zieke ouder of broer/zus en recent risicogedrag te kwantificeren. Onder recent risicogedrag viel het nuttigen van alcohol, het roken van sigaretten of wiet, het gebruik van harddrugs, en het hebben van onveilige seks.

**Resultaten/opbrengsten.** Analyse van vragenlijsten van meer dan 17.000 kinderen liet zien dat er sterke relaties waren tussen het hebben van een zieke ouder of broer/zus en het roken van sigaretten, wiet, en het gebruik van harddrugs bij jonge adolescenten. Deze relaties waren sterker wanneer het een broer/zus betrof dan wanneer het een ouder betrof. De grootste verschillen tussen adolescenten met én zonder een zieke ouder of broer/zus was de prevalentie van harddrug gebruik. Dit gebruik kwam meer voor onder adolescenten die een zieke ouder of broer/zus hadden. De samenhang was het sterkst als het familielid verslaafd was.

**Conclusie en aanbevelingen.** Er is een sterke samenhang tussen het hebben van een (somatisch of mentaal) zieke ouder of broer/zus en roken en het gebruik van soft- of harddrugs. Deze groep van jongeren vormt een hoog-risicogroep en daarmee doelgroep van gerichte preventie.

### Het belang van Forensische Geneeskunde ter voorkoming van recidive bij seksueel en huiselijk geweld.

F.J.H. Aarts, R. van der Bij  
GGD Gelderland Zuid, Nijmegen

**Achtergrond en doelstelling.** Uit onderzoek blijkt dat de acute medische opvang van en zorg voor slachtoffers van seksueel en huiselijk geweld te versnipperd en fragmentarisch is georganiseerd. Bovendien is meer aandacht gewenst voor forensisch onderzoek bij de opsporing van verdachten van seksueel of huiselijke geweld.

Het Centrum Seksueel en Familiaal Geweld in Nijmegen wil deze lacunes opheffen. In dit centrum komen de verschillende disciplines op één fysieke plaats bijeen ten dienste van het slachtoffer. Acute medische zorg, forensisch-medisch onderzoek en -beoordeling, acute zorg op het gebied van risico op zwangerschap en infectieziekten én de nazorg voor betrokkene. De polikliniek Seksueel Gezondheid, het Meldpunt Bijzondere Zorg en de Forensische Geneeskunde van GGD Gelderland-Zuid leveren allemaal hun bijdrage aan deze ketenzorg.

**Aanpak.** De posterpresentatie gaat specifiek in op de bijdrage van het forensisch onderzoek en de meerwaarde die forensisch artsen in samenwerking met de politie kunnen leveren aan de waarheidsvinding en het voorkomen van recidive door actief betrokken te zijn bij het Centrum SFG. De hulp aan slachtoffers wordt op één plek georganiseerd. Deze ketenaanpak is minder belastend voor het slachtoffer. Het slachtoffer krijgt alle zorg en informatie (van o.a. de politie) op één plek waardoor de aangiftebereidheid zou kunnen toenemen. Op zo'n moment is

de bijdrage van de forensisch arts essentieel.

**Resultaten en aanbevelingen.** Behandelend arts en de forensisch arts komen dichterbij elkaar. Samenwerking tussen behandelaars en forensisch artsen in het Centrum Seksueel en Familiaal Geweld Nijmegen kan in de toekomst wellicht nieuwe mogelijkheden bieden om een forensisch-medische consultatiefunctie zonder opdracht van de politie vorm te geven. En een uitbreiding van dergelijke centra over heel Nederland met heldere afspraken tussen medische behandelaars, politie, forensische artsen en OM zou er toe moeten leiden dat de slachtoffers beter geholpen worden, op alle fronten.

### Scabiës in een asielzoekerscentrum

G.T. van den Berg<sup>1</sup>, I. van der Toorn<sup>1</sup>, O. Visser<sup>1</sup>, P. Woudsma<sup>2</sup>, E. de Winkel<sup>2</sup>, B. Rump<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GGD Midden-Nederland, Zeist

<sup>2</sup>AZC Leersum, Leersum

**Achtergrond.** In het jaar 2011 en 2012 heeft de GGD Midden-Nederland een langlopende en ingewikkelde scabiësuitbraak in een asielzoekerscentrum (AZC) gecoördineerd. Deze was bijzonder omdat de standaard aanpak van behandeling van besmette personen en preventieve behandeling van de contacten volgens de richtlijn van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM niet het gewenste resultaat gaf.

Deze poster laat zien met welke factoren rekening moet worden gehouden om een uitbraak in een AZC te bestrijden, met als belangrijk leerpunt: *Durf buiten kaders te denken*. Door de bijzondere woon- en levenssituatie van de bewoners in een AZC bleken er meer risicomomenten voor transmissie van scabiës te zijn dan in een gezinssituatie buiten het AZC. De knelpunten waren: de woonomstandigheden, de sociale omstandigheden, de aanwezigheid van sub gemeenschappen en het hulpzoekend gedrag.

**Aanpak.** Er bleek geen sprake te zijn van een (onbekende) verspreider van de mijt, van resistentie van de mijt of het slecht opvolgen van de behandeladviezen. Middels een groepsbehandeling met daarbij specifieke aandacht voor de achtergrond van de bewoners en de leefomstandigheden in het centrum, is de scabiësuitbraak uiteindelijk onder controle gekomen.

**Resultaten.** In totaal zijn 102 mensen behandeld. Nieuwe besmettingen en recidieven deden zich na 12 weken (2x incubatietijd) niet meer voor.

**Conclusies en aanbevelingen.** De scabiësuitbraak in het AZC duurde langer dan normaal door de vele risicomomenten voor transmissie en de moeizame inventarisatie van risicocontacten. Daarom pleiten wij voor een groepsbenadering in het geval van niet goed te beheersen scabiësuitbraak in een AZC. Omdat aan de woonsituatie en de sociale structuur van asielzoekers weinig is te veranderen en het buitenproportioneel veel inspanning vraagt om contacten te identificeren, lijkt een collectieve bestrijdingsaanpak het meest effectief.

## Abstracts posters

### Kwik een onderschat gevaar in het binnenmilieu

M.C. van Ballegooij, H. Jans

GGD'en Brabant/Zeeland - Bureau GMV, Tilburg

**Achtergrond.** In een woning is een kwikhoudende barometer stukgevallен. Twee jonge kinderen (9 maanden en 2.5 jaar oud) en hun oppas waren aanwezig. Een deel van het kwik is over de baby gemorst en vervolgens door de hele woning versleept. Door het kwik op te zuigen is bovendien snel veel kwikdamp vrijgekomen, wat voor een hoge blootstelling heeft gezorgd. Enkele uren hierna is de GGD (afdeling medische milieukunde) gebeld voor advies.

**Methoden.** De GGD heeft adviezen gegeven over het beperken van verdere blootstelling en het zorgvuldig professioneel laten reinigen van de woning. Ook heeft zij samen met het RIVM kwikdampmetingen uitgevoerd in de woning. Na afstemming met het NVIC zijn de betrokken personen doorverwezen voor bloed- en urineonderzoek. De GGD heeft op basis van die gegevens een risicobeoordeling uitgevoerd en daarmee de betrokken bewoners en huisarts geadviseerd.

**Resultaten.** Gemelde gezondheidsklachten, uitkomsten van de kwikdampmetingen en het herhaalde bloedonderzoek worden gepresenteerd.

Daarnaast worden uitdagingen en aandachtspunten benoemd. Zo moest een lastige risicobeoordeling gemaakt worden en medisch advies gegeven worden op basis van weinig gegevens die in het begin voor handen waren. Dit incident had een enorme impact op betrokken bewoners (veel stress en vier maanden uit huis) en ging gepaard met hoge saneringskosten (€ 100.000,-).

**Conclusie.** Een veel voorkomend incident zoals een thermometer- of barometerbreuk kan snel leiden tot hoge concentraties kwikdamp in het binnenmilieu. Schoonmaken is lastig, waardoor blootstelling ook nog maanden tot jaren kan voortduren. Hierdoor ontstaan gezondheidsrisico's, met name voor gevoelige groepen zoals jonge kinderen. Direct de GGD raadplegen voor een deskundig advies, is daarom het beste. In deze casus zijn langdurige blootstelling en de daarmee gepaard gaande gezondheidsrisico's voorkómen door adequate advisering van GGD. De gezondheidsklachten die door betrokken personen zijn gemeld, kunnen niet direct worden toegeschreven aan de blootstelling. Stress en attributie zijn mogelijke verklaringen, net als blootstelling aan een infectieuze agens. De GGD schrijft (samen met een Universiteit) twee artikelen om de opgedane kennis te delen met wetenschappers en artsen.

### Gezond en wel in Caribisch Nederland

C.L.H. Hupkens

Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen

**Achtergrond.** Hoe gezond voelen de inwoners van Bonaire, Saba en Sint Eustasius zich? Hoeveel mensen hebben er een langdurige ziekte of aandoening? Hoe vaak bezoeken ze de huisarts, de tandarts en het ziekenhuis? En hoe zit het met leefstijlen zoals overgewicht, roken en alcoholgebruik in het Caribisch deel van Nederland?

Om inzicht te krijgen in de gezondheid en de leefsituatie in Caribisch Nederland, heeft het Centraal Bureau voor de

Statistiek (CBS) in 2013 voor het eerst een enquête over deze onderwerpen op Bonaire, Saba en Sint Eustasius uitgevoerd. Dit onderzoek, de Omnibusenquête, zal eens in de vier jaar worden gehouden.

**Methode.** Het CBS heeft voor het onderzoek een representatieve personensteekproef van de bevolking van 15 jaar en ouder uit het bevolkingsregister van Caribisch Nederland getrokken. Interviewers hebben deze personen thuis bezocht en een persoonlijk interview afgenomen in het Nederlands, Papiaments, Spaans of Engels. In totaal hebben ruim 1.000 inwoners van Caribisch Nederland aan het onderzoek meegedaan.

**Resultaten en conclusie.** De vragen over gezondheid in de Omnibusenquête zijn gebaseerd op de vragenlijst van de Gezondheidsenquête die het CBS in Europees Nederland uitvoert. Hieraan zijn enkele vragen toegevoegd die specifiek voor Caribisch Nederland van belang zijn. Voorbeelden zijn het voorkomen van knokkelkoorts en het gebruik van de gezondheidszorg buiten het eiland waar men woont.

Tijdens deze presentatie zullen de eerste resultaten en conclusies over gezondheid, leefstijl en het zorggebruik op de drie eilanden worden gepresenteerd.

### Milieugegevens lokaal in beeld

I.M. van den Broek<sup>1</sup>, A.M. van Gestel<sup>2</sup>, N. Homeijer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bureau GMV GGD'en Brabant/Zeeland, Tilburg

<sup>2</sup>GGD Brabant Zuidoost, Eindhoven

<sup>3</sup>Omgevingsdienst Zuidoost Brabant, Eindhoven

**Achtergrond en doelstellingen.** In de praktijk lopen gemeenten vaak tegen de situatie aan dat de omgeving voldoet aan de wettelijke milieunormen, maar dat de omgeving dit niet altijd als positief ervaart. Milieuambtenaren van de gemeenten in Zuidoost Brabant zochten naar handvatten hoe hiermee om te gaan. Zij wilden inzicht in de beleving van milieufactoren in hun gemeente, in de lokale verschillen en in andere factoren die daarmee samenhangen.

**Aanpak methode.** Op basis van de gegevens uit de GGD-volwassenenmonitor 2012 zijn de volgende analyses gedaan:

- een beschrijving van de milieubelevingsaspecten in de gemeente,
- een schatting van geur- en geluidhinder op wijkniveau en
- een (regionale) analyse van factoren die samenhangen met de belangrijkste milieubelevingsindicatoren

De resultaten zijn samengevat in een infokaart. Daarnaast zijn beleidsaanbevelingen geformuleerd, gecombineerd met best practices uit de regio. De infokaart is een gezamenlijk product van de GGD Brabant Zuidoost en de Omgevingsdienst Zuidoost-Brabant.

**Resultaten.** Veertien procent van de volwassenen in de regio is bezorgd over de invloed van de omgeving op de gezondheid. In Asten en Nueneen is deze groep het kleinst (7%) en in Eersel het grootst (19%). Ruim een kwart van de volwassenen is bezorgd over de invloed van zoönosen, resistente bacteriën en fijn stof op de gezondheid.

Zestien procent van de volwassenen ernstig gehinderd door omgevingsgeluid. Dit varieert van 8% in Heeze-Leende tot 21% in Eindhoven.

In de regio Zuidoost-Brabant ervaart 8% van de volwassenen

## Abstracts posters

ernstige geurhinder. Dit varieert van 5% in Geldrop-Mierlo tot 13% in Reusel-De Mierden.

**Conclusie en aanbevelingen.** Bij het streven naar een duurzame ontwikkeling past bewustwording over de gezonde leefomgeving. Inzicht in de beleving van milieufactoren kan hieraan bijdragen. Door het uitwisselen van informatie kunnen gemeenten van elkaar leren.

Deze analyse laat zien dat de GGD monitor ook veel interessante gegevens bevat voor andere beleidsterreinen naast volksgezondheid.

### **Alcoholprofielen van adolescenten; samenhangen met roken, drugsgebruik en internetverslaving?!**

J.J.P. Mathijssen

Tilburg University, Tilburg

**Achtergrond en doelstelling.** In een eerder onderzoek hebben we aangetoond dat het mogelijk is om verschillende profielen van jongeren te onderscheiden als het gaat om hun houding ten aanzien van alcohol. Deze profielen bleken van elkaar te verschillen in hun alcoholgebruik, ook nadat er gecorrigeerd werd voor socio-demografische kenmerken. Omdat bekend is dat ongezond gedrag vaak clustert, zijn we in deze studie nagegaan of de profielen ook samenhangen met andere risicovolle gedragingen.

**Methode.** Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is gebruik gemaakt van gegevens uit de internetvragenlijst van de Brabantse Jeugdmonitor. Deze monitor wordt iedere vier jaar door de GGD-en in Noord-Brabant uitgevoerd onder jongeren in de leeftijd van 12 t/m 18 jaar. In totaal hebben meer dan 12.000 jongeren de vragenlijst ingevuld.

**Resultaten.** Resultaten laten zien dat de verschillende profielen ook van elkaar verschillen in rookgedrag, drugsgebruik en internetverslaving, zelfs nadat er gecorrigeerd is voor de samenhang van deze gedragingen met alcoholgebruik.

**Conclusies en aanbevelingen.** De onderscheiden groepen jongeren, die ingedeeld zijn op basis van hun houding ten aanzien van alcohol, lijken niet alleen te verschillen in hun alcoholgebruik, maar ook in roken, drugs- en internetgebruik. Dit is een extra validering voor onze eerder gevonden alcoholprofielen.

Vanuit beleid en praktijk zien we al vaker dat interventies niet specifiek gericht zijn op één risicogedrag. Onze bevindingen ondersteunen deze manier van werken.

Dit betrof echter een cross-sectioneel onderzoek. Longitudinale studies zijn nodig om de oorzakelijkheid en de mechanismes achter de associaties te kunnen verklaren.

### **Gezondheidsgerelateerde verschillen in werkzoekgedrag en werkhervatting van werklozen; de rol van cognities en coping**

B.E. Carlier

Erasmus MC, Rotterdam

**Achtergrond en doelstelling.** Een slechte gezondheid kan het vinden van betaald werk belemmeren. Daarentegen kan het starten met werk een positieve invloed hebben op de gezondheid. Doel is de samenhang tussen ervaren gezondheid en

werkzoekgedrag respectievelijk werkhervatting te onderzoeken, en de rol van cognities en coping in het verklaren van deze samenhang.

**Methode.** Een longitudinale studie werd uitgevoerd onder Rotterdamse bijstandsgerechtigden (n= 510). Op baseline werd ervaren gezondheid, zelfvertrouwen, gevoel van controle over het leven en cognities ten aanzien van het zoeken naar werk, onderzocht. Logistische regressie-analyse werd gebruikt om de invloed van een slechte gezondheid op werkzoekgedrag te onderzoeken (na 3 maanden). Cox proportional hazards analyse werd gebruikt om de invloed van gezondheid op werkhervatting te meten (tot 2 jaar later). Cognities ten aanzien van het zoeken naar werk en coping werden in de modellen opgenomen om hun bijdrage aan het gezondheidseffect op zoekgedrag en werkhervatting te onderzoeken.

**Resultaten.** Mensen met een negatieve gezondheidsbeleving zochten minder actief naar betaald werk (OR 0.58 , 95% CI 0.39-0.85 ) en hadden minder kans betaald werk te vinden ( HR 0.58 , 95% CI 0.39-0.89 ). Mensen met een positieve houding ten opzichte van het zoeken naar werk, hoge ervaren sociale druk om te zoeken, hoge persoonlijke effectiviteit en een positieve intentie, zochten actiever en vonden vaker betaald werk. Over het algemeen hadden mensen met een negatieve gezondheidsbeleving negatievere cognities ten aanzien van het zoeken naar werk en een minder effectieve coping en dit verklaarde 50% respectievelijk 33% van de gezondheidsgerelateerde verschillen in werkzoekgedrag en werkhervatting.

**Conclusie en aanbevelingen.** De negatieve consequentie van een slechte gezondheid voor arbeidsparticipatie kan worden verminderd door in re-integratie trajecten aandacht te besteden aan het samenspel van gezondheid met cognities ten aanzien van het zoeken en vinden van betaald werk.

### **Meer dan 100 soorten kanker**

H. Kosec, B. Hatice

Pharos, Amsterdam

**Achtergronden.** Onder niet-westerse migranten is kanker nog steeds een taboe onderwerp. Niet-westerse migranten zijn derhalve onvoldoende op de hoogte van de actuele stand van zaken op het gebied van preventie, behandeling en omgaan met deze aandoening.

**Aanpak.** In samenwerking met lokale- intermediaire organisaties opleiden van migranten vrijwilligers tot peer-educator en organiseren van informatieve uitwisselingsbijeenkomsten in diverse concentratiewijken van meerdere steden voor een groot aantal deelnemers. Het leggen van verbindingen en uitwisselen van kennis tussen peer-educators en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties op het gebied van kanker en tevens creatief implementeren van reeds ontwikkelde methodieken en materialen. Inzetten van een kwalitatief hoogstaand traject om migranten te activeren rond dit thema.

**Resultaten.** In samenwerking met de Stichting Voorlichters Rotterdam, het Inter-lokaal, de Bloem en SIGIN zijn 15 peers opgeleid tot voorlichter over kanker. In 5 steden zijn kleinschalige informatieve uitwisselings- bijeenkomsten voor ruim 1.000 deelnemers georganiseerd. Door middel van uitgebreide berichtgeving op de websites van de lokale - intermediaire

## Abstracts posters

organisaties en KWF Kankerbestrijding is aandacht gevraagd voor het bespreekbaar maken van kanker onder migranten. De resultaten van het project zijn verwerkt in een handreiking kanker en migranten. De handreiking is een praktische tool voor iedereen die trainingen en voorlichtingen voor migranten en kanker wil organiseren.

*Conclusies en aanbevelingen.* De samenwerking tussen een kenniscentrum, een aantal (lokale - intermediaire) organisaties, migrantenorganisaties, patiëntenorganisaties en andere organisaties gespecialiseerd in kanker biedt een goede structuur voor optimale realisatie van dergelijke trajecten.

Het opleiden en structureel inzetten van actieve migranten vrijwilligers binnen migrantenorganisaties staat garant voor duurzaamheid van de aanpak. De ingezette peers zorgen voor voortzetting van de ondersteuning rondom kanker door contacten te onderhouden met de reguliere patiëntenorganisaties op dit gebied.

### **De CheckKid studie: trends in overgewicht bij basisschoolkinderen in Zwolle tussen 2006 en 2012**

M. Koning<sup>1</sup>, J. Ten Dam<sup>1</sup>, C. Renders<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hogeschool Windesheim, Zwolle

<sup>2</sup>Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam

*Achtergrond en doelstelling.* CheckKid is een dynamische cohort studie onder basisschoolleerlingen in Zwolle, en is ontwikkeld om een beeld te krijgen van (on)gezond gedrag, leefstijl en de leefomgeving. In 2006 deden ruim 4000 kinderen mee aan het onderzoek, in 2009 hebben ruim 3000 kinderen meegedaan, en in 2012 waren dat bijna 6000 kinderen.

De resultaten worden onder andere gebruikt voor de monitoring van Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), een integrale aanpak voor de preventie van overgewicht die in veel gemeenten wordt geïmplementeerd.

*Methode.* Elke drie jaar worden van alle basisschool kinderen (4-13 jaar) de lengte, gewicht en de middelomtrek gemeten. Daarnaast vullen ouders een vragenlijst in over voeding, fysieke beweging van hun kinderen, over de fysieke en sociale thuisomgeving en hun mening over de buurt. Elke drie jaar kan er hierdoor een dwarsdoorsnede worden gemaakt en daarnaast worden kinderen individueel over de tijd gevolgd.

*Resultaten.* Tussen 2006 en 2012 was een daling te zien in de prevalentie van overgewicht over heel Zwolle. Ook in de twee aandachtswijken zette deze dalende trend door. Nadere trendanalyses en logistische regressie analyses laten zien dat een significant verschil te zien is in de ontwikkeling van overgewicht tussen de niet-westerse allochtonen en de autochtone groep, waar er bij de eerste groep een stijging te zien is. Bij meisjes komt er significant vaker overgewicht dan bij jongens en de lage en midden ses groep laten significant hogere percentages zien ten opzichte van de hoge ses groep.

*Conclusie en aanbeveling.* Alhoewel er, ook in de aandachtswijken, een algemeen dalende trend te signaleren valt, zijn er nog steeds risicofactoren voor het ontwikkelen van overgewicht. Interventies gericht op de preventie van het ontwikkelen van overgewicht dienen rekening te houden met deze risicofactoren.

### **Een longitudinaal onderzoek naar arbeidsparticipatie van zorgmedewerkers met een chronische aandoening en onregelmatige werktijden**

V. Peters

HAN, Nijmegen

*Achtergrond en doelstelling.* Het aantal werknemers met een chronische aandoening zal vanwege de vergrijzing en een verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd toenemen (Jehoel-Gijsbers, 2007; Lucht van der & Polder, 2010). Een hoog aantal medewerkers met een chronische aandoening werkt in onregelmatig werktijden (Boot, Koppes, van den Bossche, Anema, & van der Beek, 2011; Koolhaas, van der Klink, de Boer, Groothoff, & Brouwer, 2013). Onregelmatige werktijden leiden tot verminderd welzijn en mogelijk daardoor een verminderde inzetbaarheid (Harma, 2006; Knutsson, 2003; Merkus et al., 2012). De relatie tussen onregelmatige werktijden en negatieve consequenties zoals verzuim lijkt populatie- en roosterspecifiek te zijn (Merkus, et al., 2012). Uit onderzoek is gebleken dat werkomstandigheden en type dienst van invloed zijn op ziekteverzuimduur (Boot, et al., 2011). Er zijn aanwijzingen dat de thuissituatie van invloed is op welzijn van werknemers met onregelmatige werktijden (Peters, de Rijk, & Boumans, 2009). Echter is nauwelijks onderzoek gedaan naar de invloed en rol van de thuissituatie op welzijn en inzetbaarheid van zorgmedewerkers met een chronische aandoening en onregelmatige werktijden. Het doel is dan ook om inzicht te krijgen over de bijdrage van de thuissituatie op welzijn en inzetbaarheid van zorgmedewerkers met een chronische aandoening en onregelmatige werktijden.

*Aanpak/methode.* Een longitudinaal vragenlijstonderzoek onder 130 zorgmedewerkers met een chronische aandoening en onregelmatige werktijden waarbij gebruik is gemaakt van geregistreerd ziekteverzuimdata. In de vragenlijst werd gevraagd naar thuiskenmerken, welzijn en work ability. Op basis van het Job Demands Resources model (JD-R; Bakker & Demerouti, 2007) worden met behulp van structural equation modelling analyses uitgevoerd.

*Resultaten/opbrengsten.* Resultaten en conclusies zullen tijdens het congres gepresenteerd worden.

### **Gebruik van zorg en voorzieningen door zelfstandig wonende ouderen in Zuid-Limburg**

N Janssen<sup>1</sup>, D. Ruwaard<sup>1</sup>, S.M.A.A. Evers<sup>1</sup>, M. Jansen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Maastricht University, Maastricht

<sup>2</sup>GGD Zuid-Limburg, Geleen

*Achtergrond en doelstelling.* Sinds 2011 werken regionale partijen in de domeinen wonen-welzijn-zorg (WWZ) samen met gemeenten, ouderen en financiers, aan het ontwikkelen van een samenhangend en betaalbaar aanbod van WWZ-voorzieningen in een transitieproject genaamd Voor Elkaar in Parkstad (VEIP). Doel hiervan is om ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen buurt te blijven wonen. Inzicht in het lokale gebruik van zorg en voorzieningen en in de factoren die dit zorggebruik beïnvloeden biedt de mogelijkheid om het aanbod af te stemmen op de zorgbehoefte.

*Aanpak/methode.* Om het effect van VEIP te meten worden

## Abstracts posters

een effectevaluatie en economische evaluatie uitgevoerd. Dataverzameling vindt o.m. plaats via longitudinaal vragenlijst-onderzoek in twee stadsbuurten (Heerlerheide en Heerlerbaan-centrum) en twee plattelandsgemeenten (Onderbanken en Simpelveld). Eerstgenoemde buurt resp. gemeente betreffen VEiP pilotgebieden. De laatstgenoemde buurt resp. gemeente betreffen vergelijkingsgebieden.

De nulmeting van het vragenlijstonderzoek is afgerond en biedt inzicht in het gebruik én aanverwante kosten van zorg en voorzieningen in elk van de vier onderzoeksgebieden van in totaal 425 zelfstandig wonende 75-plussers. De onderzoeksgebieden worden onderling vergeleken zowel wat betreft gebruik van zorg en voorzieningen als in relatie tot mogelijk beïnvloedende factoren (individuele kenmerken als functioneren, woonsituatie, opleiding en externe factoren zoals verstedelijking). De ICF wordt gebruikt als raamwerk om deze factoren te classificeren. *Resultaten/opbrengsten.* Ouderen in de plattelandsgebieden rapporteren over het algemeen een lager zorggebruik dan ouderen in de stadsbuurten. Opvallend zijn verder verschillen tussen onderzoeksgebieden in gebruik van thuiszorg en woonsituatie. *Conclusie en aanbevelingen.* De nulmeting biedt op lokaal niveau inzicht in de situatie van de onderzoeksgebieden bij de start van de transitie wat betreft het gebruik en kosten van zorg in relatie tot verklarende factoren. De presentatie gaat bovendien in op gevolgen van gevonden verschillen voor de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgebieden in het onderzoek.

### Assetbenadering SALVO project

P.P.L. van Hove  
HAN, Nijmegen

Stimuleren Actieve Leefstijl VBMO Onderwijs (SALVO) is een vierjarig project met als doel om in kaart te brengen wat assets zijn van VMBO scholieren om ze zodoende meer aan het bewegen te krijgen. De methode waarvan gebruik gemaakt wordt is Structured Interview Method (SIM) en Photovoice (PV). (Zie: Corneil, W., O'Sullivan, T., Lemyre, L., McCrann, L. & Kuziemska, C. (2011). *Instructional video of the Structured Interview Matrix*, available at [www.enrichproject.ca](http://www.enrichproject.ca).)

SIM is een methode om op een gestructureerde wijze leerlingen elkaar te laten interviewen. De leerlingen hebben hierdoor zelf veel invloed op de richting waarin de gesprekken verlopen. Photovoice is een methode die wordt ingezet om op een laagdrempelige wijze (waarbij gebruik wordt gemaakt van foto's om informatie te visualiseren) VMBO scholieren met elkaar in dialoog te brengen. Met behulp van de resultaten die middels SIM en PV verzameld zijn gaan we wederom in gesprek met de scholieren om te bekijken wat voor interventies aansluiten bij hun wensen en behoeften. Deze methode wordt bij tien (experimentele) scholen ingezet. Attitude, beweeggedrag en fysieke metingen (o.a. BMI en fitheid) worden vooraf en achteraf gemeten bij de tien experimentele scholen en bij tien controle scholen (waar SIM en PV niet uitgevoerd wordt) om het effect in kaart te brengen.

Op dit moment is een eerste pilot uitgevoerd. Hierbij is op vier scholen SIM als methode getest. De methode blijkt in de praktijk goed uitvoerbaar. De informatie die verzameld is geeft een duidelijk beeld van de belevingswereld van VMBO scholieren.

### Verankering van de samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk in AWPG'en: toepassing van een monitor.

D.F. Schokker, M. Keer, J.F.E.M. Keijsers, M.C. Stadlander, T.G.W.M. Paulussen  
TNO, Leiden

Het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (AWPG) is erop gericht duurzame samenwerking tot stand te brengen tussen beleid, onderzoek en praktijk (BOP). De samenwerking in een AWPG betreft die tussen GGD, universiteit (of ander onderzoeksinstituut) en gemeenten. TNO ontwikkelde een monitor om informatie te verzamelen over het proces van verankering van deze samenwerking en over mogelijke aangrijpingspunten voor verbetering daarvan. Deze Monitor Verankering AWPG is toegepast in juni 2011 en in april 2013. Bijna 100 respondenten namen deel aan beide rondes. De resultaten laten zien dat in die periode de mate van verankering van de samenwerking BOP in de AWPG's is toegenomen (van 5,2 naar 5,9 op een schaal van 0 tot 10;  $p < 0,005$ ), maar dat de verankering in en de zeggenschap van beleidsorganisaties achterblijft bij die van onderzoeks- en praktijkorganisaties. Een combinatie van een vijftal factoren, op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau, verklaarde 46% van de variatie in de mate van verankering in ronde 1. De resultaten van deze monitor bieden in combinatie met de ervaringen van betrokkenen in de AWPG'en goede aanknopingspunten voor het verder brengen van de verankering van de samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk.

### Preferenties van ouders voor rotavirus vaccinatie en mogelijke vaccinatiëgraad: een discrete keuze experiment

J. Veldwijk<sup>1</sup>, M.S. Lambooi<sup>2</sup>, P. Bruijning-Verhagen<sup>2</sup>, G.A de Wit<sup>1</sup>, H.A. Smit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>UMC Utrecht, Utrecht

*Achtergrond en doelstelling.* In Nederland is er discussie over het toevoegen van een rotavirus vaccin aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). De mening van ouders over het vaccin speelt hierbij een belangrijke rol. Inzicht in het relatieve belang van verschillende vaccin karakteristieken kan richting geven aan de introductie van het vaccin en daarmee mogelijk de invoering van dit vaccin versoepelen. Naast introductie in het RVP kan het vaccin ook op andere manieren op de markt komen. Inzicht in de verwachte vaccinatiëgraad bij verschillende implementatiestrategieën is daarom van belang. Het doel van dit onderzoek is om de preferenties van ouders voor rotavirus vaccinatie te bepalen en de potentiële vaccinatiëgraad die kan worden behaald te schatten.

*Methode.* 1250 ouders van kinderen van zes weken oud kregen een vragenlijst met een Discrete Keuze Experiment (DCE) toegestuurd. Met deze DCE is, aan de hand van logistische regressie, het relatieve belang van vijf rotavirus vaccin karakteristieken (effectiviteit, frequentie van ernstige bijwerkingen, beschermingsduur, locatie voor vaccinatie, kosten) bepaald. Op basis van deze preferenties is de mogelijke vaccinatiëgraad berekend voor verschillende vaccin scenario's en implementatie strategieën.



## Abstracts posters

*Resultaten.* Ouders gaven de voorkeur aan een vaccin met een zo hoog mogelijke effectiviteit (95%), zo min mogelijk bijwerkingen (1 op 1.000.000), 3 jaar beschermduur en zonder bijbetaling. Waar ouders het vaccin moesten ophalen (consultatiebureau versus huisarts) speelde geen rol. De mogelijke vaccinatiegraad lag tussen de 20,6% en 87,5% afhankelijk van implementatiestrategie (in het RVP, in een RVP+ scenario of op de vrije markt) en de karakteristieken van het vaccin.

*Conclusie.* Wanneer ouders kunnen kiezen voor rotavirus vaccinatie spelen vooral de effectiviteit van het vaccin, frequentie van ernstige bijwerkingen, beschermduur en kosten een belangrijke rol. Verschillende implementatiestrategieën en vaccin opties resulteerden in een wijde range aan mogelijke deelnamepercentages, welke overigens allemaal beneden de vaccinatiegraad lagen van de vaccins in het huidige RVP.

### Deelname aan pandemische vaccinatie programma's: een discreet keuze experiment in Nederland

D. Determann<sup>1</sup>, I.J. Korfage<sup>2</sup>, M.S. Lambooi<sup>2</sup>, M.C.J. Bliemer<sup>3</sup>, J.H. Richardus<sup>1</sup>, E.W. Steyerberg<sup>1</sup>, E.W. de Bekker-Grob<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Utrecht

<sup>2</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>3</sup>The University of Sydney Business School, Sydney, Australia

*Achtergrond en doelstelling.* Vaccinaties spelen een belangrijke rol bij het beperken van de verspreiding van nieuwe besmettelijke ziekten. Deelname van burgers aan vaccinatieprogramma's is bepalend voor het succes ervan. Inzicht in preferenties van burgers kan helpen de vaccinatiegraad te verhogen. Doel van deze studie is te onderzoeken hoe ziekte en vaccinatie specifieke kenmerken van invloed zijn op preferenties van de Nederlandse bevolking voor pandemische vaccinatieprogramma's.

*Methode.* Een online Discreet Keuze Experiment (DCE) werd uitgezet onder een representatief sample van de Nederlandse bevolking. Respondenten werden voor verschillende ziekte situaties gevraagd een keuze te maken tussen twee hypothetische vaccinaties (verschillend in: effectiviteit, veiligheid, kosten, wie het vaccin adviseerde en berichtgeving in de media). Een panel latente klassen logistisch model werd gebruikt om voorkeuren te kwantificeren en om de verwachte vaccinatiegraad te berekenen. Data van 536 respondenten is gebruikt voor de analyses (49%).

*Resultaten.* Alle bovengenoemde karakteristieken bleken van invloed te zijn op de keuze van respondenten om zich wel of niet te laten vaccineren. Preferentie heterogeniteit was aanzienlijk: vrouwen en personen die aangaven zich nooit te laten vaccineren vonden vooral de positieve berichtgeving in de media, het advies van een arts en een lage prijs van een vaccinatie belangrijk. Mannen en personen die eventueel bereid zijn zich te laten vaccineren, vinden vooral een hoge effectiviteit van een vaccin en het advies van de overheid en het RIVM belangrijk. Alle respondenten waren bereid te betalen voor meer effectieve vaccinaties, vooral als de ziekte ernstiger was en meer mensen trof (€ 6.00 tot € 39.40).

*Conclusie en aanbevelingen.* Beleidsmakers en gezondheidszorgmedewerkers die verantwoordelijk zijn voor preventieve maatregelen tijdens pandemische uitbraken kunnen deze

kennis gebruiken om vaccinatiestrategieën tijdens toekomstige pandemieën te verbeteren. De heterogeniteit in voorkeuren toont aan dat er binnen deze strategieën gedifferentieerd moet worden tussen verschillende subgroepen van de bevolking.

### Nimbus helpt ouderen naar buiten (Een mobiele applicatie voor gepersonaliseerde informatie bij buitenactiviteiten)

J.M. Houtkamp<sup>1</sup>, T. Hermans<sup>1</sup>, R. van Lammeren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Alterra, Wageningen UR, Wageningen

<sup>2</sup>Wageningen Universiteit, Wageningen

*Achtergrond en doelstelling.* Lichamelijke activiteit in de buitenruimte verbetert de conditie, het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen. Ouderen ondervinden echter vele belemmeringen zodra zij de voordeur uitgaan. Door verminderde fysieke, zintuiglijke en cognitieve capaciteiten kunnen zelfs kleine obstakels (zoals te smalle voetpaden, onvoldoende parkeergelegenheid en rustplekken) en veranderingen in de omgeving (opgebroken trottoirs, wegomleggingen) onoverkomelijk lijken. Dit leidt tot onzekerheid en een gevoel van hulpeloosheid, en uiteindelijk tot het vermijden van buitenactiviteiten.

Project NIMBUS (*Navigatie InstruMenten voor BUitenactiviteiten van Senioren*) beoogt het ontwikkelen van een eenvoudig te gebruiken mobiele applicatie om die onzekerheid te verkleinen en ouderen te stimuleren gebruik te blijven maken van de buitenruimte; zowel de stedelijke omgeving als de groene buitenruimte, voor functionele, sociale en recreatieve activiteiten. *Resultaten/opbrengsten.* De beoogde applicatie biedt gedetailleerde informatie over de omgeving, afgestemd op actuele mogelijkheden en behoeften van individuele gebruikers binnen deze heterogene groep. De applicatie biedt informatie vooraf en helpt onderweg problemen op te lossen. Gebruikers kunnen gepersonaliseerde informatie over de toegankelijkheid en voorzieningen van een locatie, weersomstandigheden, en aanwezigheid van bekenden opvragen. Ook kunnen zij ervaringen over hun activiteiten bijhouden en eventuele problemen en oplossingen delen. Door het beschikbaar en inzichtelijk maken van alle benodigde informatie en het bieden van hulp in onverwachte situaties vergroot de applicatie het vertrouwen van gebruikers om naar buiten te gaan.

*Aanpak/Methode.* Het project bevindt zich in de ontwerpfase: requirements worden omgezet naar ontwerpen van prototypes, en vervolgens geïmplementeerd en getest. We gebruiken hiervoor o.a. een "meetrollator", uitgerust met sensoren zoals camera's, GPS, IMU, Kinect, en een tablet. Het uiteindelijke doel is eenvoudig te gebruiken *wearable* technologie te ontwikkelen.

In dit project brengen we verschillende technische ontwikkelingen bijeen, zoals de beschikbaarheid van actuele geografisch gebonden informatie, Smart Cities-technologie, sociale media en nieuwe, draagbare technologie om een breed inzetbaar en aantrekkelijk instrument te bouwen.

## Abstracts posters

### Met de auto of op de fiets? De invloed van de woonomgeving (het AVENUE-project)

C.E. Scheepers<sup>1</sup>, G.C.W. Wendel-Vos<sup>2</sup>, E.E.M.M. van Kempen<sup>2</sup>, P.J.V. van Wesemael<sup>3</sup>, A.J. Schuit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RIVM/VU, Bilthoven

<sup>2</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>3</sup>Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven

**Achtergrond en doelstelling.** AVENUE staat voor "impacts of active transport in urban environments". Dit project wordt binnen het RIVM uitgevoerd met als doel een bijdrage te kunnen leveren aan de schatting van de gezondheidseffecten van het vervangen van korte autoritten ( $\leq 7,5$  km) door fiets en wandelritten. Er wordt binnen dit project gekeken naar volwassenen (18 jaar en ouder) die de beschikking hebben over een auto. **Aanpak/methode.** Kracht van dit onderzoek is onder andere het feit dat er vanuit verschillende invalshoeken naar het stimuleren van actief transportgebruik wordt gekeken, namelijk behalve bewegen ook geluid, luchtverontreiniging, verkeersveiligheid en stedenbouw/architectuur. Dit project levert niet alleen een bijdrage aan het zo nauwkeurig mogelijk kunnen schatten van het gezondheidseffect van het vervangen van korte autoritten door korte ritten met actief transport, maar ook expertise voor een betere ondersteuning voor beleidsontwikkeling met betrekking tot duurzame mobiliteit.

**Resultaten/opbrengsten.** In dit onderzoek werd gevonden dat de subjectieve bereikbaarheid van winkels, sportvoorzieningen en groen/watergebieden van invloed is op de transportmiddelkeuze van mensen voor korte ritten. Daarnaast blijkt ook de route naar de sportvoorzieningen van invloed te zijn op de transportmiddelkeuze.

**Conclusies en aanbevelingen.** Dit onderzoek laat zien dat verschillende omgevingskenmerken van invloed zijn op de transportmiddelkeuze in Nederland. Echter voor specifieke aandachtspunten binnen gemeenten is het belangrijk dat er door middel van case studies ook op een lager schaalniveau inzicht wordt verkregen in deze omgevingskenmerken.

### Demografische en gezondheidskenmerken van 55-75 jarigen die verschillende vormen van participatie combineren

M. van der Noordt<sup>1</sup>, E.M. Zantinge<sup>2</sup>, M.I. Broese van Groenou<sup>2</sup>, M.M.Y. de Klerk<sup>3</sup>, T.M. Meulenkamp<sup>4</sup>, P.E.D. Eysink<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>Vrije Universiteit, Amsterdam

<sup>3</sup>Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

<sup>4</sup>NIVEL, Utrecht

**Achtergrond en doelstelling.** Uit eerder onderzoek is gebleken dat een goede gezondheid en bepaalde demografische kenmerken van belang zijn voor een actieve deelname aan de maatschappij d.m.v. betaald werk, vrijwilligerswerk of mantelzorg. In aanvulling hierop hebben we onderzocht of deze kenmerken ook van belang zijn voor het combineren van deze verschillende participatievormen of voor de intensiteit waarop oudere volwassenen participeren.

**Aanpak/methode.** In een gepoold databestand van drie Nederlandse databestanden (LASA, AVO en NPCG) hebben we met logistische regressieanalyses onderzocht welke kenmerken

55-75-jarigen hebben die bepaalde participatiepatronen vertonen. Onder participatiepatronen verstaan we combinaties van maatschappelijke participatievormen (betaald werk, vrijwilligerswerk en/of informele zorg) en intensiteit van participatie. Zowel demografische kenmerken als gezondheidskenmerken (ervaren gezondheid, mentale gezondheid, fysieke beperkingen en chronische ziekten) hebben we hierbij onderzocht. **Resultaten/opbrengsten.** De eerste resultaten laten zien dat bijna 60% van de oudere volwassenen in één of meerdere participatiedomeinen participeert waarvan 34% meer dan 8 uur per week. Leeftijd, geslacht en opleidingsniveau blijken van belang om wel of niet verschillende vormen van maatschappelijke participatie te combineren en voor het aantal uur dat hieraan wordt besteed. Degenen die het meest intensief participeren ( $>28$ u per week) zijn mannen, mensen van 55 tot 65 jaar oud en oudere volwassenen met een hoog opleidingsniveau. Een goede ervaren en mentale gezondheid en het ontbreken van fysieke beperkingen is kenmerkend voor mensen die in meerdere domeinen participeren. Ook zijn dit de mensen die de meeste uren participeren. Het al dan niet hebben van een chronische ziekte speelt hierbij geen enkele rol.

**Conclusie(s) en aanbevelingen.** Oudere volwassenen die in verschillende patronen participeren, verschillen in gezondheid en demografische kenmerken. Deze bevindingen bieden aanknopingspunten voor toekomstig beleid gericht op het stimuleren van maatschappelijke participatie bij oudere volwassenen. Beleidsmakers zouden bijvoorbeeld oudere volwassenen kunnen ondersteunen bij hun beperkingen of andere negatieve gevolgen van ziekten.

### Een verklarend model voor sport- en beweeggedrag. Feit of fictie?

A. Tiessen-Raaphorst<sup>1</sup>, W. Pas<sup>2</sup>, W. Wendel-Vos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

<sup>2</sup>Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

**Achtergrond en doelstelling.** Bewegen en sport dragen bij aan een goede gezondheid. Onder andere vanuit die legitimatie wordt vanuit overheid en de maatschappelijke sector gestimuleerd dat meer mensen meer sporten en bewegen. Om die stimulering te optimaliseren, is inzicht nodig in welke factoren verband houden met beweeg- en sportgedrag, hoe sterk dat verband is én of die factoren door beleid te beïnvloeden zijn. De idee is dat stimuleringsbeleid het meest optimaal is als het inzet op de kansrijke factoren (sterk verband en te beïnvloeden). Is dit een haalbaar idee?

**Aanpak/methode.** Om meer inzicht te krijgen in de factoren die verband houden met bewegen en sporten wordt een systematische literatuurreview op basis van internationale wetenschappelijke artikelen gehouden. De uitkomst van deze exercitie wordt voorgelegd aan een groep van deskundigen, die voor de Nederlandse situatie in kunnen schatten of gevonden variabelen van waarde zijn en of ze door beleid te beïnvloeden zijn.

**Resultaten/opbrengsten.** In de wetenschap zijn al vele modellen in omloop, die een deel van sport- en beweeggedrag verklaren. Vaak richten die modellen zich in de uitwerking op intrapersonlijke aspecten, en worden interpersoonlijke of

## Abstracts posters

omgevingsaspecten daarin nog beperkt meegenomen. Een eerste inventarisatie van bestaande literatuur laat zien dat diverse deelthereinen (zoals eigen attitude/intentie, invloed ouders en vrienden op sportdeelname, relatie SES-sport, invloed van de woonomgeving op beweeggedrag wel onderzocht zijn, maar nergens in samenhang. Modellen die zich richten op die bredere samenhang, de zogenaamde sociaal-ecologische modellen, zijn wel in theoretische zin opgesteld, maar niet kwantitatief ingevuld.

*Conclusie(s) en aanbevelingen.* Vanuit beleid is er de wens voor een eenduidig model met variabelen, waarvan het effect en de richting op sport en beweeggedrag helder is. Kan dat of wordt de werkelijkheid daarmee te veel versimpelt?

### **Betekent de stijgende levensverwachting voor ouderen een stijging in gezonde jaren? Nederland in Europees perspectief.**

A.H.P. Luijben<sup>1</sup>, H. Galenkamp<sup>2</sup>, D.J.H. Deeg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RIVM, Bilthoven

<sup>2</sup>VU medisch centrum, Amsterdam

*Achtergrond en doelstelling.* In Nederland is er een stijgende trend in de resterende levensverwachting voor ouderen, net als voor vrijwel alle EU-landen. In deze studie werd onderzocht in hoeverre deze extra jaren gezonde jaren zijn.

*Methodie.* In de European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) waren voor de meeste EU-landen data beschikbaar voor 2004-2011. Trends in de levensverwachting zonder beperkingen (HLY, healthy life years) bij 50, 65 en 85 jaar werden geanalyseerd naar geslacht, voor de 27 EU-landen samen en voor de landen apart.

*Resultaten.* In de periode 2007-2010 was er voor mannen en vrouwen in alle landen samen een dalende trend in het aantal HLY op 50, 65- en 85-jarige leeftijd. Wanneer de beschikbare gegevens van elk land apart werden geanalyseerd (vaak 2004-2010) werd voor veel landen, waaronder Nederland, geen significante daling gevonden. In enkele landen was er zelfs een stijging in het aantal HLY. In Nederland, en in verschillende andere landen, werden trendbreuken gevonden, wat deels veroorzaakt is doordat de vraagstelling gedurende deze periode is veranderd. Het aantal HLY is voor Nederlandse 85-jarige mannen (1,6) lager dan het EU-gemiddelde (2,0). 85-jarige vrouwen lopen juist voor. Op 50- en 65-jarige leeftijd lopen zowel Nederlandse vrouwen als mannen voor. Er lijkt ruimte voor verbetering te zijn: Als het aantal HLY in Nederland gelijk zou zijn aan die van het land met het maximum aantal HLY, dan zou dit gemiddeld een stijging van 7,1 gezonde levensjaren betekenen op 50-jarige, 5,3 op 65-jarige en 2,2 op 85-jarige leeftijd.

*Conclusies.* De levensverwachting van Nederlandse ouderen is stijgende, maar helaas zijn deze extra jaren geen gezonde jaren... Zowel de korte tijdsperiode als veranderingen in de vraagstelling naar lichamelijke beperkingen bemoeilijken het bestuderen van trends. Toekomstige gegevens uit EU-SILC zijn nodig om verdere conclusies te trekken over de verhouding tussen gezonde en ongezonde resterende levensjaren.

## Abstracts posters