

werken aan een toekomstbestendige samenleving.

Met dank aan Marc van Bijsterveldt, freelance redacteur.

ABSTRACT

'Equal Health, Equal Chances', ten years of community work on better health

In Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen (GGGK, 'Equal Health, Equal Chances') regional health services, local authorities and other local partners, together with inhabitants, join

efforts to improve the living environment in deprived areas in the city of Tilburg. Main goal is to reduce the health gap for people with a low social economic status. The project explicitly starts from the experience and needs of the inhabitants of the included areas. GGGK works with a so called Gezonde Chaos-method ('Healthy Chaos'): the project not merely chooses for evidence based interventions, but develops its project plans together with all people concerned. This method of tackling the health gap asks for an integrated health policy, in which not only the social environment is subject to change, but also the physical envi-

ronment. To develop such a health policy, a broadly based and long term (political) support is needed, but also the courage to let a 'healthy chaos' exist. Lessons from ten years GGGK: don't try to capture everything in models, and keep it simple, nearby, concrete and clear.

Keywords: Integrated local health policy, participation, community approach, health gap

CORRESPONDENTIEADRES

Annemarie Brouwers, GGD Hart voor Brabant, Vestiging Tilburg, Ringbaan West 227, 5037 PC Tilburg, tel. 073 - 640 4002, e-mail: a.brouwers@ggdhvb.nl

Gezond en wel participeren

Over de waarde van welzijnswerk voor gezondheidsbevordering

Katja van Vliet,¹ Aletta Winsemius²

Actief meedoen houdt mensen langer gezond en gelukkig en tegelijkertijd is gezondheid een voorwaarde voor deelname aan het sociale, economische en maatschappelijke leven.^{1,2} Op lokaal niveau kan de verbinding tussen Wmo-beleid (Wet maatschappelijke ondersteuning) en lokaal gezondheidsbeleid bijdragen aan de participatie en de gezondheid van groepen burgers in een kwetsbare positie. In de praktijk van het welzijnswerk lijkt gezondheid geen belangrijk thema. Bij gezondheidsbevordering ligt dit anders. Daar is tegenwoordig meer aandacht voor maatschappelijke determinanten van gezondheid.³ Er worden wijkgerichte programma's uitgevoerd waarin GGD'en samenwerken met andere organisaties. Maar het welzijnswerk blijkt geen vanzelfsprekende partner. Wat vreemd is, omdat de nieuwe benadering bij uitstek vraagt om methoden en competenties die tot de kern van het welzijnswerk behoren.

In deze bijdrage betogen we dat ge-

zondheidsbevordering gebaat is bij een bijdrage van het welzijnswerk. Als gezondheidsbevordering zich (meer) gaat richten op de fysieke en sociale leefomgeving, sociale steunsystemen en empowerment dan begeeft het zich op het terrein van het welzijnswerk en dan ligt het voor de hand om de methodiek van het welzijnswerk - en in het bijzonder van het opbouwwerk - in te zetten. In de afgelopen jaren is ingezet op professionalisering van de welzijnssector.⁴⁻⁷ Vooral de invoering van de Wmo is een belangrijke impuls geweest voor professionalisering van welzijnswerk op lokaal niveau die wordt ondersteund door de landelijke programma's 'Beter in Meedoen' en 'Welzijn Nieuwe Stijl'.^{8,9} Een onderdeel van 'Beter in meedoen' is de ontwikkeling van een databank Effectieve sociale interventies.¹⁰ Met de komst van de Wmo zijn gemeenten zich meer gaan richten op participatiebevordering. Ze proberen daarbij steeds vaker verschillende beleidsterreinen met elkaar te verbinden, zodat beleidsdoelen beter bereikt kunnen worden en burgers beter bediend en ondersteund.¹¹

GEZONDHEID EN WELZIJN VERVLOCHTEN

Wij hebben twee argumenten voor een nauwere verbinding tussen welzijnswerk en gezondheidsbevordering.

- 1 Gezondheidsachterstanden worden in grote mate bepaald door maatschappelijke omstandigheden en de leefomgeving;
- 2 Effectiviteit van gezondheidsbevordering is groter bij ingrijpen in de omstandigheden waarin gekozen wordt voor (on)gezond gedrag.

Maatschappelijke determinanten van gezondheid

De cijfers blijven schokkend. Laag opgeleide Nederlanders overlijden circa zes jaar eerder dan hoog opgeleide Nederlanders.¹ Verder blijken mensen die in een kwetsbare positie verkeren, vaker in buurten te wonen die een ongunstig effect op hun gezondheid hebben. Hun (leef)omstandigheden maken het voor hen moeilijker om gezond te leven. Veel ongunstige determinanten van gezond-

¹ TNO, Leiden

² MOVISIE, Utrecht

heid komen samen bij mensen uit lagere sociaaleconomische groepen. Bovendien zijn afkomst en opleidingsniveau van invloed op stress en op manieren om hiermee om te gaan.¹² Het Ministerie van VWS noemt in de beleidsbrief 'Naar een weerbare samenleving'¹³ een leefomgeving gezond wanneer er sprake is van voldoende sport- en beweegmogelijkheden, een gezonde werkplek, een goede opleiding en een maatschappij waarin mensen zich veilig voelen. Het Ministerie roept werkgevers, bedrijven, zorgverzekeraars, het onderwijs, de rijksoverheid en vooral ook de gemeenten op een bijdrage te leveren aan zo'n gezonde leefomgeving.¹⁴ Het is opmerkelijk dat het welzijnswerk in dit rijtje niet voorkomt.

De leefomgeving centraal

Preventie en gezondheidsbevordering moeten leiden tot individuele en maatschappelijke gezondheidswinst. De beschikbare kennis over de effectiviteit van preventie en gezondheidsbevordering wijst erop dat het beter is in te grijpen op de omstandigheden waaronder keuzes voor gezondheid gemaakt worden dan op individuele leefstijlen.³ Voorbeelden van dergelijke omstandigheden zijn de inkomensituatie en de leef- en woonomstandigheden. Sociale steunsyste- men van burgers onderling spelen een belangrijke rol in het nieuwe denken over gezondheidsbevordering. Er moet een verschuiving plaatsvinden van individuele gezondheidsbevordering naar samenlevingsopbouwachtige interventies.

DE ROL VAN HET WELZIJNSWERK

Het centraal stellen van de leefomgeving bij gezondheidsbevordering brengt een werkwijze met zich mee waarmee de meeste gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers niet bekend zijn. In het eerder genoemde themanummer van TSG³ pleit de Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (NVPG) voor nieuwe competentieprofielen, onder andere voor 'een professional die regisseert en coördineert', ofwel de 'sociaal-entrepreneur'. De vereiste competenties sluiten nauw aan bij die van welzijnswerkers. Door signalering, activering en verbinding kan het

welzijnswerk een rol gaan vervullen in de nieuwe gezondheidsbevordering. Met name de methodiek van het opbouwwerk is gericht op het versterken van de eigen kracht en het initiatief van burgers en het leggen van verbindingen tussen burgers onderling en met andere partners (zie ook het onlangs verschenen competentieprofiel Opbouwwerker¹⁵). Het versterken van deelname aan de samenleving, een andere functie van het welzijnswerk, kan gevoelens van controle en eigenwaarde vergroten. Door hun aanwezigheid in de buurt kunnen welzijnsprofessionals of vrijwilligers sociaal isolement signaleren en voorkomen en zodoende gezondheidswinst boeken. Het welzijnswerk kan meer in het algemeen een belangrijke rol spelen in de vroegtijdige signalering van gezondheidsproblemen en ongezonde sociale en fysieke omstandigheden. Het is deze invalshoek die in het denken bij een stelselwijziging rond de AWBZ en het indammen van kosten in de gezondheidszorg centraal staat. Als burgers zich meer bekommeren om elkaar en als het welzijnswerk zich meer richt op het organiseren van lichte, gerichte en vroegtijdige zorg, dan komt dat de houdbaarheid van de participatiesamenleving ten goede.

VOORWAARDEN VOOR MEER VERBINDING EN SAMENHANG

Voor meer verbinding en samenhang tussen de Wmo en lokaal gezondheidsbeleid zijn ons inziens de volgende voorwaarden belangrijk.

Aanvullende kennis

Om een functie te kunnen vervullen in gezondheidsbevordering is aanvullende kennis nodig. Het welzijnswerk dient oog te hebben voor de gezondheid van bewoners in de wijk en specifieke problemen van mensen met gezondheidsklachten en de (wederzijdse) invloed van de leefomgeving. Het opbouwwerk kan bij uitstek de statistische kennis uit monitoren aanvullen met systematische observaties en kennis van de leefwereld van gewone mensen. Daarnaast is kennis van wijkgerichte gezondheidsvoorzieningen, activiteiten en initiatieven van belang,

evenals geregeld contact en samenwerking met gezondheidswerkers.

Community health en community care
Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken (WHO). Gezondheid komt voort uit een interactie tussen mensen en hun sociale, culturele, fysieke en economische omgeving (Ottawa Charter). Deze opvatting van gezondheid heeft tot twee consequenties.

In de eerste plaats is een 'community' benadering in specifieke 'settings' zoals buurten en scholen gepast. Op lokaal niveau is deze brede opvatting van gezondheid te zien in de toename van kleinschalige interventies die rekening houden met de lokale context. Zo is het Zwolse project 'Samen Gezond!' gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving waarin voeding, bewegen (inactiviteit), weerbaarheid, psychosociaal welbevinden en opvoeding aan elkaar verbonden worden in gezondheidsbevorderende activiteiten.¹⁶ Op nationaal niveau biedt het Convenant Gezond Gewicht aandacht voor de omgeving: bevorderen dat het individu de gezonde keuze voor eten en bewegen maakt door de gezonde keuze mogelijk te maken en tevens gemakkelijk en aantrekkelijk.

Gezondheid centraal

De tweede consequentie van een brede opvatting van gezondheid is het benadrukken van de gezonde kanten van het individu. Het gaat vooral om het beïnvloeden van beschermende factoren en aandacht voor zelfredzaamheid en veerkracht. Beschermende factoren en doelen zijn bijvoorbeeld sociale steun, plezier, zelfvertrouwen. Een goed voorbeeld van de nadruk op gezondheidspromotie en beschermende factoren is Big!Move.¹⁷

Lokale sturing

Voor gemeenten is een belangrijke rol weggelegd in het verbinden van de twee beleidsterreinen die nu vaak nog als gescheiden circuits worden behandeld. Momenteel zetten gemeenten vaak in op campagnes om hun inwoners gezonder te maken (minder dik, minder verslaafd, minder eenzaam). Wethouders zijn te leurgesteld wanneer de gestelde doelen

niet worden gehaald (bijvoorbeeld 10% minder mensen met overgewicht, 25% minder jongeren in coma door overmatig drankgebruik). De eerste stap naar integrale gezondheidsbevordering is dat gemeenten als opdrachtgever van dergelijke campagnes zich realiseren dat het niet voldoende is aandacht te besteden aan leefstijl, maar dat de gehele leefomgeving van mensen met gezondheidsproblemen aandacht behoeft. De tweede stap is de aandacht te verbreden naar de rol die het welzijnswerk hierin kan spelen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor zowel lokaal gezondheidsbeleid als voor het beleid ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning. Zij zijn ook een belangrijke, zo niet de belangrijkste financier van de organisaties die dit beleid vorm moeten geven: welzijnsorganisaties en de GGD-en. Effectief gezondheidsbeleid is alleen mogelijk wanneer er een verbinding wordt gelegd met maatschappelijke ondersteuning. Effectief gezondheidsbeleid komt tot stand via investeren in maatschappelijke participatie. Van mensen met gezondheidsproblemen. Maar ook van weer gezonde mensen die als voorbeeld kunnen fungeren en die hun eigen ervaringen in kunnen zetten. En van alle andere inwoners van een gemeenten die via vrijwilligerswerk, burenhulp of vriendendiensten ondersteuning kunnen bieden.

TOT SLOT

Gaat een nauwere verbinding tussen welzijn en gezondheidsbevordering ook daadwerkelijk leiden tot meer gezonde Nederlanders? Op dit moment is er nog veel te weinig ervaring met die combinatie om daar uitspraken over te kunnen doen. Er zijn enkele goede voorbeelden³ maar er is nog te weinig systematische samenwerking tussen gezondheidsbevordering en welzijnswerk en gebrek aan onderzoek daarnaar. Er is kortom nog te weinig bekend over de rol van het welzijnswerk in gezondheidsbevordering om uitspraken te kunnen doen over effectiviteit. Wij hopen echter duidelijk te hebben gemaakt dat er kansen liggen. Het welzijnswerk heeft van oudsher ervaring met aanpakken waarvan gezondheidsbevorderaars tegenwoordig overtuigd zijn dat ze nodig zijn voor een daadwer-

kelijke verbetering van de volksgezondheid. Welzijnswerkers hebben de competenties in huis waarnaar gezondheidsbevorderaars op zoek zijn. De relatie zal echter niet vanzelf tot stand komen, noch vanzelfsprekend zijn. Bij beide kanten moet bereidheid zijn om over de grenzen van de eigen praktijk te kijken en om te leren van de ander. Een gezamenlijke visie en gezamenlijk geformuleerde doelen en indicatoren moeten leiden tot een eenheid van taal die een voorwaarde is voor nieuwe sturingsinstrumenten. Samenwerkingsvormen moeten worden ontwikkeld en uitgetoetst. En de effecten van samenwerking moeten uiteraard worden geëvalueerd.

ABSTRACT

Healthy participation in society. The value of social work in health promotion

An important condition for health and well-being is an active role in society. Most people feel much better and actually have a better health when they participate in (voluntary) work, sports, clubs, et cetera. This is the case for healthy people but probably even more so for less able people. Therefore the focus in health promotion is moving from the individual to the (social) environment. Especially social support systems get a lot of attention. Surprisingly, social work professionals are not a natural partner in health promotion. While their focus and competences lie with building, supporting and maintaining social support systems. In this article we show how social work can play it's part in modern health promotion.

Keyword: health promotion, social work, participation

LITERATUUR

1. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (red). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
2. Post NAM, Zwakhals SLN, Polder JJ (red). Maatschappelijke baten. Deelrapport van

- de VTV 2010 Van gezond naar beter. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
3. TSG. Themanummer gezondheidsbevordering. Tijdschr Gezondheidswet 2010;88: 205-86.
4. Vliet K van, Duyvendak JW, Boonstra N, Plemper E. Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepenstructuur zorg en welzijn. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2004.
5. Vlaar P, Hattum M van, Dam C van. Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang. Utrecht: NIZW, 2006.
6. Vliet K van. Nieuwe eisen aan sociale professionals. Wmo-essay 1. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2010.
7. Dam C van, Vlaar P. Handreiking Professioneel Ondersteunen. Kwaliteitskenmerken van dienstverlening in de Wmo Versie 2.0. Utrecht: MOVISIE.
8. <http://www.invoeringwmo.nl/content/beter-meedoen>.
9. <http://www.invoeringwmo.nl/content/welzijn-nieuwe-stijl>.
10. http://www.movisie.nl/120393/def/home/effectieve_sociale_interventies.
11. Houten M van, Winsemius A. Participatie ontward. Vormen van participatie uitgelicht. Utrecht: MOVISIE, 2010.
12. Lucht F van der, Polder JJ (red). Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
13. VWS. Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.
14. VWS. Aanvulling op beleidsplan SEGV van 22 december 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009.
15. Gerrits F, Vlaar P. Competentieprofiel Opbouwwerker. Utrecht: Movisie, 2010.
16. Jong M de. Zwolle + de jeugd; Samen Gezond! Tijdschr Gezondheidswet 2010; 88:211-3.
17. Aalders M, Overgoor L. Big!Move verankerd. Tijdschr Gezondheidswet 2010;88: 219-21.

CORRESPONDENTIEADRES
Dr. K.P. (Katja) van Vliet, TNO,
Postbus 2215, 2301 CE Leiden,
e-mail: katja.vanvliet@tno.nl