



university of
 groningen

faculty of science
 and engineering



Friese
 Preventie
 Aanpak

Wat werkt in de Friese Preventie Aanpak?

Wat werkt bij een leefstijlinterventie voor mensen met een lage sociaaleconomische status.



Geschreven door
 Bhaarti Bodha
 S2470497

Supervisie
 Anneke Meijer – GGD Fryslân
 Karin Ree – Rijksuniversiteit Groningen
 Sietse de Boer – Rijksuniversiteit Groningen

Datum: 26-06-2020

Adviesrapport

Bhaarti Bodha
S2470497

Supervisie:
Anneke Meijer - GGD Fryslân
Karin Ree - Rijksuniversiteit Groningen
Sietse de Boer - Rijksuniversiteit Groningen

Opleiding: MSc Biomedical Sciences, Science+ Business, Policy
Instituut: Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit: Faculty of Science & Engineering

Disclaimer

This report has been produced in the framework of an educational program at the University of Groningen, Netherlands, Faculty of Science and Engineering, Science Business and Policy (SBP) Curriculum. No rights may be claimed based on this report, other than described in the formal internship contract. Citations are only possible with explicit reference to the status of the report as a student internship product and written permission of the SBP staff.

VOORWOORD

Voor u ligt mijn adviesrapport die ik tijdens mijn stageperiode van januari tot juni 2020 heb mogen schrijven in opdracht van GGD Fryslân. Ik heb hier aan een ontzettend interessant, complex vraagstuk mogen werken gericht op een doelgroep die voor mij dichtbij huis ligt. Omdat ik zelf uit een gezin kom met een zogenoemde laag sociaaleconomische status, wilde ik mij hier graag voor inzetten. Dit heb ik kunnen doen bij GGD Fryslân door te onderzoeken hoe de gezondheid van de doelgroep verbeterd kan worden. Dit vraagstuk vroeg om integratie van wetenschap en beleid. Een van de belangrijkste dingen die ik hier heb geleerd is hoe je wetenschap als leidraad kan nemen voor beleid en hoe hiermee invulling gegeven kan worden aan gezondheidsbeleid.

Met deze stage heb ik een kijkje mogen nemen binnen GGD Fryslân. De flexibele werkwijze trok mij aan, waarbij er altijd wel een plek op kantoor was voor mij om te werken. Echter was dit na 3 maanden na de start van mijn stage niet meer mogelijk door coronacrisis, waarbij de werkplek niet meer op kantoor was maar thuis. Dit vergde een enorme aanpassing, waarbij het soms lastig werd om de motivatie en discipline te vinden. De coronacrisis heeft mijn stage ervaring behoorlijk veranderd, van werken op locatie en 'een kijkje in de keuken' naar thuiswerken. Dit heeft effect gehad op de leercurve van de stage. Ook heeft de coronacrisis gezorgd voor veranderingen in begeleiding tijdens het hoogtepunt van de crisis. Ondanks de situatie heb ik veel mogen leren en, vooral in de beginperiode, veel mogen doen. Hier ben ik ook erg dankbaar voor. Ik hoop met dit rapport een steentje bij te kunnen dragen aan het complexe probleem om gezondheidsverschillen te verminderen en gezondheid van de doelgroep te verbeteren.

Daarnaast vind ik het belangrijk dat mensen weten dat je alles kan bereiken, ongeacht afkomst. Door niet op te geven en hard te werken voor wat je wil, kan je bereiken wat je wil (wellicht hier en daar met een duwtje in de rug).

DANKWOORD

De afgelopen maanden waren anders dan ik aan het begin van mijn stage heb voorgesteld. Met het coronavirus heeft de stageperiode een iets andere wending gegeven, niet meer op kantoor maar thuis aan de slag. Ondanks de situatie, is het een interessante stageperiode geweest. Ik ben Anneke Meijer dankbaar dat ik aan zo een complex, maar erg belangrijk stuk heb mogen werken. Dankzij de kennis die Anneke met mij heeft gedeeld en hun ambities om Fryslân gezonder te maken, is deze stageperiode niet alleen leerzaam geweest maar ook erg leuk. Ik wil GGD Fryslân bedanken en het team Beleid en Advies voor de mogelijkheden die ze mij het afgelopen half jaar hebben geboden. Ik ben met open armen ontvangen en dit maakte het erg prettig om te werken. Daarnaast ben ik dankbaar voor de ruimte die ze me hebben geboden om mezelf beter bekend te maken met het onderwerp, door bijvoorbeeld naar een congres te gaan. Dit heeft me geholpen om de complexe situatie beter te begrijpen.

Ook wil ik graag Anke de Vries bedanken, voor het optreden als tweede begeleider, en voor het overnemen van de begeleiding toen de coronacrisis op zijn hoogtepunt stond. Daarnaast wil ik ook Louise Dekker bedanken, voor de begeleiding in de dataverwerking en het geduld. Het verwerken van data is iets nieuws voor mij en ik heb er ontzettend veel van geleerd. Bedankt voor het geduld en de begeleiding die je me hebt geboden in dit proces! Daarnaast wil ik Marijke Teeuw en iedereen in de werkgroep van de Aletta Jacobs School of Public Health bedanken. Zij hebben mij de ruimte gegeven om mijn resultaten te delen en ik wil ze bedanken voor de tijd en het meedenken in mijn onderzoek.

Tot slot wil ik mijn begeleiders van de Rijksuniversiteit Groningen bedanken, Karin Ree en Sietse de Boer. Hun feedback hebben mij geholpen om relevante wetenschappelijke kennis toe te passen op een complex maatschappelijk probleem. Ook wil ik hier Peter Weesie bedanken, voor het optreden als interim begeleider tijdens de coronacrisis.

LIJST MET AFKORTINGEN

| | | | |
|-------|---|------|--|
| ACTH | adrenocorticotropic hormoon | T2DM | Diabetes Type 2 |
| AJSPH | Aletta Jacobs School of Public Health | VRF | Veiligheidsregio Fryslân |
| BMI | Body Mass Index | VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek | WRR | Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid |
| CDO | Centrale Dienst Ondersteuning | Wlz | Wet langdurige zorg |
| CRH | Corticotrope releasing hormoon | Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| FPA | Friese Preventie Aanpak | Wpg | Wet publieke gezondheid |
| FSP | Fries Sociaal Planbureau | Zvw | Zorgverzekeringswet |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst | | |
| GLI | Gecombineerde leefstijlinterventie | | |
| HANNN | Healthy Ageing Network Northern Netherlands | | |
| HPA | Hypothalamus, hypofyse, bijnierschors | | |
| JOGG | Jongeren op Gezond Gewicht | | |
| Jw | Jeugdwet | | |
| LDI | Lifetime Difficulty Inventory | | |
| LLDS | Lifelines Diet Score | | |
| MetS | Metabool Syndroom | | |
| NPA | Nationaal Preventie akkoord | | |
| PFC | Prefrontale cortex | | |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu | | |
| RUG | Rijksuniversiteit Groningen | | |
| SBP | Science, Business and Policy | | |
| SDG | Sustainable development Goal | | |
| SEGV | Sociaaleconomische gezondheidsverschillen | | |
| SES | Sociaaleconomische status | | |

MANAGEMENTSAMENVATTING

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGVs) zijn een belangrijke punt van aandacht. Mensen met een laag sociaaleconomische status (lage SES) over het algemeen korter en daarvan vaker in minder goede gezondheid dan mensen met een hoge SES. Daarnaast hebben mensen met een lage SES een hoger risico op het ontwikkelen van gezondheidsproblemen. Om SEGVs terug te dringen, is het nodig om aanpakken of (preventieve) interventies aan te bieden of te ontwikkelen. Echter is het niet altijd duidelijk wat de effecten van deze beleidsmaatregelen zijn.

Het terugdringen van SEGVs staat hoog op de agenda. Dit wordt onderstreept door het Nationaal Preventieakkoord (NPA), gesloten in 2018, en door de ontwikkeling van de Friese Preventieaanpak (FPA) als regionaal antwoord op het NPA. De FPA heeft als ambitie een goede gezondheid en welzijn en gelijke kansen voor iedereen. In de FPA wordt speciaal aandacht gevraagd voor mensen met een laag sociaaleconomische status (lage SES). Dit is nodig, omdat er ook binnen Fryslân SEGVs bestaan. In Fryslân sporten mensen met een lage SES minder etc. Het is dus nodig om binnen Fryslân SEGVs aan te pakken met behulp van (preventieve) interventies.

Echter blijkt dat het niet altijd duidelijk is wat werkt om de doelgroep te bereiken en wat er nodig is om een interventie te laten slagen. Hieruit kwam de vraag 'wat werkt in de Friese preventieaanpak', die gespecificeerd werd naar 'wat werkt in de Friese Preventieaanpak ter leefstijlbevordering voor mensen met een laag sociaaleconomische status'.

Uit dit rapport komt naar voren dat wanneer er bij het opzetten van een leefstijlinterventie randvoorwaardelijke en inhoudelijke worden meegenomen, dit kan leiden tot een mogelijk betere werking. Dit is gedaan op basis van literatuuronderzoek waarbij mogelijke achterliggende mechanismen van gezondheidsverschillen worden onderzocht, exploratief data-onderzoek, een analyse van erkende leefstijlinterventies. Het advies is om aan de volgende randvoorwaarden te voldoen; de doelgroep betrekken, inzetten op een gezonde leefomgeving, aanbieden van vervolgaanbod en te onderzoeken hoe de effectiviteit van een dergelijke leefstijlinterventie gemeten kan worden. Het blijkt dat op deze vier punten nog veel winst behaald kan worden.

De inhoudelijke voorwaarden besteden met name aandacht aan de problematiek die speelt bij de doelgroep. Inhoudelijk moet zowel chronische stress als meerdere leefstijlgedragingen worden meegenomen, omdat dit bij de doelgroep veel aanwezig is. Ook moet er rekening worden gehouden met belemmeringen die de doelgroep kan ondervinden. Ten slotte moet er inhoudelijk ruimte zijn om mensen te motiveren en motivatie te behouden.

Deze punten vragen om een goede en langdurige samenwerking met verschillende partijen, waar ook deels kan worden ingehaakt op de al bestaande samenwerkingspartijen binnen de FPA.

INHOUD

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | 3 |
| DANKWOORD | 4 |
| LIJST MET AFKORTINGEN..... | 5 |
| MANAGEMENTSAMENVATTING | 6 |
| HOOFDSTUK 1: ACHTERGROND | 10 |
| 1.1 Probleembeschrijving | 10 |
| 1.2 de opdracht van GGD Fryslân..... | 11 |
| 1.2.1 Het vraagstuk..... | 11 |
| 1.2.2 Formeel raamwerk | 12 |
| 1.3 Leeswijzer..... | 13 |
| 1.4 Het Nationaal Preventie Akkoord en de Friese Preventieaanpak. | 14 |
| 1.5 Determinanten van SES en gezondheid in Fryslân | 18 |
| 1.5.1 Informatie over de Friese inwoners | 18 |
| 1.5.2 SES in Fryslân | 20 |
| 1.5.3. Gezondheidsproblemen die samenhangen met SES..... | 20 |
| 1.5.4. Preventieve interventies in Fryslân zijn nodig..... | 22 |
| 1.6 De GGD en hun rol in gezondheid | 23 |
| 1.6.1. VRF & GGD | 23 |
| GGD Fryslân..... | 24 |
| 1.6.2 De wettelijke kaders van publieke gezondheid en de betrokken actoren..... | 24 |
| 1.6.3 Beleidsplan GGD Fryslân | 26 |
| CONCLUSIE | 27 |
| HOOFDSTUK 2 :EEN MOGELIJKE ACHTERLIGGENDE OORZAAK VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN | 28 |
| HOOFDSTUK 2 | 29 |
| 2.1 Definitie van SES in de literatuur | 29 |
| 2.2 Het verband tussen SES, het brein en het gedrag | 30 |
| 2.2.1 Effecten van SES op het gedrag en het brein..... | 30 |
| 2.2.2 Relatie tussen SES en stress | 31 |
| 2.3 Stress en de stressresponse | 31 |
| 2.3.1 wat is stress..... | 31 |
| 2.3.2 Allostase en Allostatic load | 33 |
| 2.3.3. Waargenomen stress, <i>appraisal</i> en <i>coping</i> | 34 |
| 2.3.4. Stress en het brein..... | 35 |
| 2.3.5 Stress, ziekte en immuunsysteem..... | 35 |

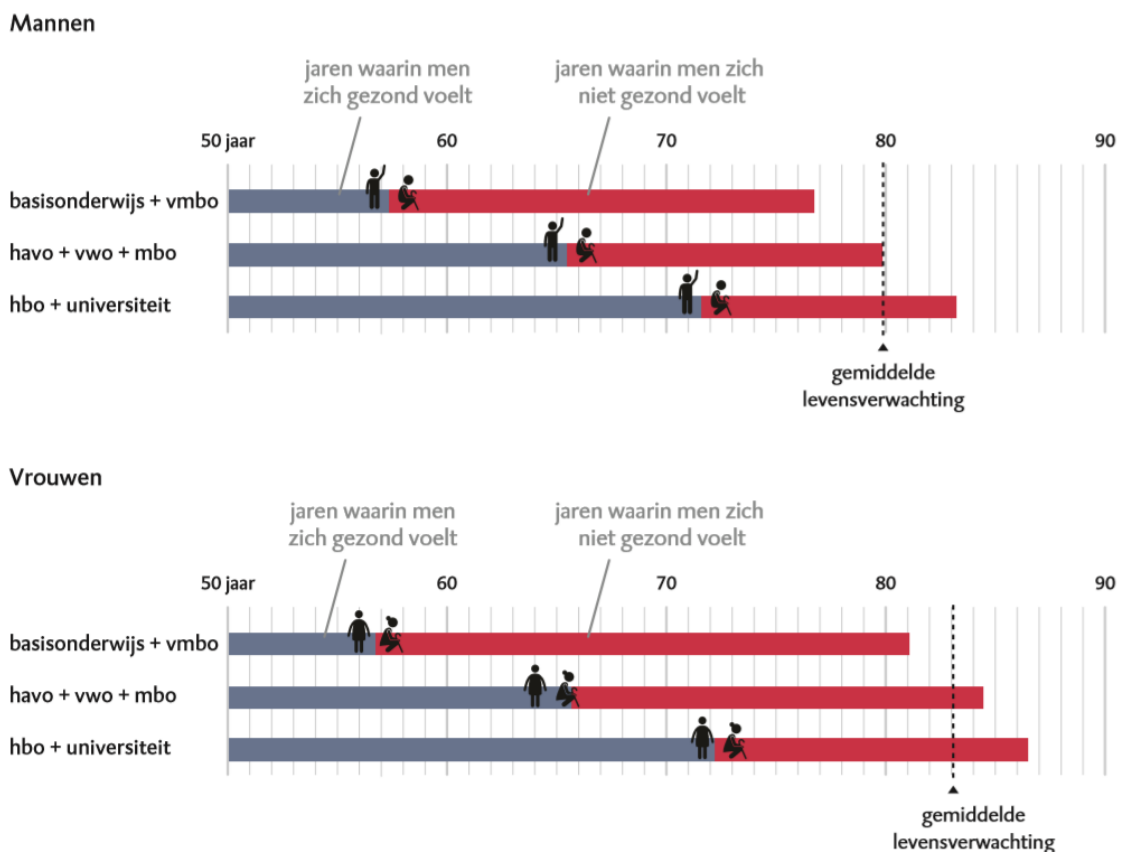
| | |
|---|----|
| 2.4. Externe factoren en factoren die kunnen leiden tot stress | 37 |
| 2.5 Twee mogelijke manieren waarop SES invloed heeft op het brein | 39 |
| 2.6. Stress, SES en risicogedrag | 40 |
| 2.6.1. Stress en risicogedrag | 40 |
| 2.6.2. Stress heeft invloed op leefstijl | 40 |
| CONCLUSIE | 43 |
| HOOFDSTUK 3: CONNECTIE VAN LEEFSTIJLGEDRAGINGEN | 44 |
| HOOFDSTUK 3 | 45 |
| 3.1 meerdere risicogedragingen gaan vaak samen | 45 |
| 3.2 Analyse leefstijl in Fryslân | 46 |
| 3.2.1. Educatie en stress | 46 |
| 3.2.2. Leefstijl | 48 |
| CONCLUSIE & DISCUSSIE EXPLORATIEF ONDERZOEK | 49 |
| HOOFDSTUK 4: | 51 |
| LEEFSIJLINTERVENTIES | 51 |
| HOOFDSTUK 4 | 52 |
| 4.1 Verschillende soorten preventies | 52 |
| 4.1.1. Preventieve leefstijlinterventies | 52 |
| 4.2 Probleem met huidige interventies | 53 |
| 4.2.1 effecten veelal onbekend | 53 |
| 4.3 Erkende leefstijlinterventies in Nederland | 54 |
| 4.3.1 wat valt onder leefstijl | 54 |
| 4.3.2 Welke leefstijlinterventies voor lage SES worden aangeboden in Nederland | 54 |
| 4.3.3 Erkenningsniveaus van (leefstijl)interventies | 57 |
| 4.4 Analyse van erkende leefstijlinterventies | 58 |
| 4.4.1 De focus van leefstijlinterventies | 58 |
| 4.4.2 De werkzame elementen van leefstijlinterventies | 60 |
| 4.4.3 De effectiviteit van leefstijlinterventies | 61 |
| 4.5 Interpretatie analyse | 62 |
| 4.5.1 Waar liggen kansen ter verbetering van leefstijlinterventies | 62 |
| 4.5.2 Obstakels voor het succesvol implementeren van leefstijlinterventies | 63 |
| 4.5.3. Stressfactoren die belemmerend kunnen werken voor een leefstijlinterventie | 64 |
| CONCLUSIE | 65 |
| CONCLUSIE BEVINDINGEN RAPPORT | 66 |
| DISCUSSIE & LIMITATIES RAPPORT | 67 |
| ADVIES | 69 |

| | |
|--|------------|
| Rand voorwaardelijk..... | 69 |
| Inhoudelijk | 72 |
| Samenwerken | 74 |
| MOGELIJKE SAMENWERKINGSPARTNERS OM UITWERKING TE GEVEN AAN HET ADVIES | 75 |
| MOGELIJKE VERVOLGONDERZOEKEN DIE VOORTVLOEIEN UIT DIT RAPPORT | 77 |
| REFERENTIES | 78 |
| Appendix I: Lage SES en Gezondheid (extra achtergrondinformatie) | 83 |
| Appendix II: Sustainable Development Goals | 84 |
| Appendix III: family stress & family investment model | 85 |
| Appendix IV: Gesprek met Prof. Dr. Jochen Mierau..... | 87 |
| Appendix V: Gesprek met Dr. Eva Corpeleijn | 88 |
| Appendix VI: Overzicht meegenomen erkende leefstijlinterventies | 90 |
| | 91 |
| Appendix VII: Positieve gezondheid..... | 92 |
| Appendix VIII: Vragenlijst voor professional dicht bij de doelgroep | 93 |
| Appendix IX: Vragenlijst Samira | 96 |
| Appendix X: Jerrel | 98 |
| Appendix XI: Vragenlijst HANNN | 99 |
| Appendix XII: Vragenlijst GGD Medewerkers | 101 |
| Appendix XIII: Actorenanalyse | 104 |

HOOFDSTUK 1: ACHTERGROND

1.1 Probleembeschrijving

In Nederland bestaan grote gezondheidsverschillen die samenhangen met de sociaaleconomische status (SES) van een persoon. De SES reflecteert iemands positie in de maatschappij en wordt bepaald door opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt [1] [2]. In Nederland hangen deze gezondheidsverschillen het meeste samen met het opleidingsniveau van een individu (Figuur 2) [3]. Mensen met een lage SES leven gemiddeld zes jaar korter dan mensen met een hoge SES [4]. Daarnaast verschilt het aantal jaren waarin men zich gezond voelt met 15 jaar. (Figuur 1) [1]. Gezondheidsverschillen tussen mensen met een verschillende SES is niet alleen evident in Nederland, deze verschillen worden ook wereldwijd gezien. In Amerika bijvoorbeeld zit er een verschil in gemiddelde levensverwachting van 20 jaar tussen de meest bevoorrechte en de minst bevoorrechte groepen [5]. De verschillen in levensverwachting zijn gekoppeld aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGVs). Daarnaast hebben mensen met een lage SES bijvoorbeeld een verhoogde kans op kanker[6]–[9], het ontwikkelen van Diabetes type 2 (T2DM) [10]–[13] en is er een verband tussen SES en psychische gezondheid [14]–[16] (Appendix I). Het terugdringen van de SEGVs staan op de politieke agenda en vormen een belangrijk uitgangspunt binnen Nederland.



WRR & RIVM | Bron: Volksgezondheidszorg.info 2018, CBS Statline

Figuur 1. De gemiddelde levensverwachting en ervaren gezonde levensjaren naar opleidingsniveau en geslacht. Afbeelding afkomstig van: [3].

Om SEGV terug te dringen zijn verschillende interventies ontwikkeld die onder andere gericht zijn op het verminderen van SEGVs. Het RIVM heeft in opdracht van het VWS in 2012 een rapport uitgebracht over de effecten van preventieve maatregelen specifiek voor de bevordering van de gezondheid van lage SES. Uit dit rapport blijkt dat er weinig informatie beschikbaar is over het bereik en de effecten van preventieve interventies voor lage SES [17]. De effectiviteit van interventies die zich richten specifiek richten tot lage SES groepen is vaak onbekend [18]. Daarnaast blijkt dat (een deel van) deze interventies niet bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen [19]. Deze interventies zouden zelfs kunnen bijdragen aan het vergroten van de SEGVs omdat deze meer gezondheidswinst behalen bij mensen met een hoge SES in vergelijking tot mensen met een lage SES [19]. In het rapport van het RIVM wordt specifiek duidelijk gemaakt dat er voor preventieve interventies aandacht moet worden geschonken aan lage SES [18].

Een ander probleem is dat interventies zich veelal beperken tot eenzijdige preventieve aanpakken, zoals het inzetten op overgewicht door voeding en beweging aan te pakken. Uit onderzoek blijkt dat eenzijdige preventieve interventies vaak niet (goed genoeg) werken omdat meerdere leefstijlgedragingen vaak samen voorkomen [17], [19]. Om mogelijk effectief te zijn, kan het interessant zijn om een interventie breder in te zetten door meerdere speerpunten mee te nemen. Dit kan mogelijke bijdragen tot verminderen van SEGVs en het vergroten van de werking van preventieve interventies [18].

1.2 de opdracht van GGD Fryslân

1.2.1 Het vraagstuk

Vanuit de Friese Preventieaanpak (FPA), waar de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Fryslân op het moment van schrijven nog volop mee bezig is om het te ontwikkelen, wordt lage SES specifiek genoemd als aandachtspunt. Ook hier is het een belangrijk doel om SEGVs te verminderen, waarbij het nodig is om preventieve interventies aan te bieden met als doel om de gezondheid van mensen met een lage SES te verbeteren. Omdat er vanuit de GGD ook naar voren komt dat de lage SES niet altijd wordt bereikt, kwam de vraag *wat werkt in de Friese Preventieaanpak voor mensen met lage SES?* Uit deze brede vraag is een wat meer gekaderde vraag naar voren gekomen; *Wat werkt in de Friese preventieaanpak bij leefstijlbevordering voor mensen met een lage SES?*, waarin de focus ligt op onderwerpen die nodig zijn om tot een effectieve leefstijlinterventie voor de doelgroep te komen. Hierin zullen inhoudelijke onderwerpen worden aangekaart, maar ook onderwerpen die randvoorwaardelijk moeten worden meegenomen.

Om de hoofdvraag verder te specificeren en te kunnen beantwoorden, zijn er 3 sub vragen geformuleerd, namelijk *Wat is een mogelijke achterliggende oorzaak die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen die bij lage SE voorkomen?*, *Gaan verschillende leefstijlgedragingen (zoals roken en alcoholgebruik) vaak samen en kunnen die worden getypeerd?* En vervolgens *Wat werkt in erkende interventies voor mensen met een lage SES?* Door de wetenschappelijke informatie te integreren met leefstijlinterventies en data gerelateerd aan leefstijl kan uiteindelijk de hoofdvraag worden beantwoord, geformuleerd als advies. Dit wordt gedaan door stapsgewijs te werk te gaan en eerst te kijken naar biologische mechanismes, vervolgens met dit als achtergrond te kijken naar aan leefstijl(types) en vervolgens te kijken wat nodig is om een leefstijlinterventie te laten werken. Naast

het beantwoorden van de hoofdvraag, draagt dit vraagstuk ook bij aan het uiteindelijke doel van de Friese Preventieaanpak: meer gezonde jaren voor iedereen.

1.2.2 Formeel raamwerk

De stage vond plaats bij GGD Fryslân binnen het kader van de publieke gezondheid en is uitgevoerd in het kader van de opleiding MSc Biomedical Sciences, met als specialisatie Science, Business & Policy (SBP) aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) in de periode van januari 2020 tot en met juni 2020. Het doel van de stage binnen de kaders van de opleiding is integratie van beleidsaspecten met wetenschappelijke kennis, in dit geval de wetenschappelijke kennis in de context van de Biomedische wetenschappen. De stage behelst minimaal 25- en maximaal 75% beleids- en wetenschappelijke aspecten. Het eindproduct behelst een advies/aanbeveling. Binnen de opleiding zijn er twee begeleiders, de begeleider vanuit SBP en een wetenschappelijk adviseur binnen de RUG (Tabel 1). Karin Ree is docent binnen de Science & Society groep en is de begeleider vanuit Science, Business & Policy. Sietse de Boer, Universitair hoofddocent bij de RUG, treedt op als wetenschappelijk adviseur van de stage.

Binnen de stage waren verschillende partijen betrokken, die deels hebben bijgedragen aan de begeleiding, of bijgedragen op andere vlakken (Tabel 1). De stage wordt op de werkvloer begeleid door Anneke Meijer, beleidsadviseur Publieke gezondheid bij GGD Fryslân. Zij heeft de rol als dagelijkse begeleider opgepakt en Vanuit de RUG zijn er verschillende personen die een rol hebben in de begeleiding. Daarnaast is er contact geweest met Anke de Vries, Senior beleidsadviseur sociaal domein Smallingerland. Anke de Vries van Gemeente Smallingerland is betrokken bij de FPA en is betrokken bij het formuleren van de vraagstelling. Ook zij heeft mij advies gegeven over het rapport. Zowel Anneke als Anke waren betrokken bij de begeleiding, die kort is overgenomen door Anke tijdens de corona crisis. Daarnaast is er samengewerkt met de Aletta Jacobs School of public Health (AJSPH), waarbij ik mijn bevindingen heb mogen delen en presenteren. Daarnaast heb ik begeleiding gehad van Louise Dekker, Postdoc & werkzaam bij de AJSPH.

TABEL 1. NAMEN, ACHTERGROND EN FUNCTIE VAN DE BEGELEIDERS

| Naam | Organisatie | Functie | Rol in begeleiding |
|----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Anneke Meijer | GGD Fryslân | Beleidsadviseur Publieke Gezondheid | Dagelijkse begeleider |
| Sietse de Boer | Rijksuniversiteit Groningen | Universitair Hoofddocent | Wetenschappelijk docent |
| Karin Ree | University of Groningen | Docent | SBP docent |
| Louise Dekker | Aletta Jacobs School of Public Health | PostDoc | Link met onderzoek |
| Anke de Vries | Gemeente Smallingerland | Senior beleidsadviseur sociaal domein | Link met Gemeente Smallingerland/ advies |

1.3 Leeswijzer

Dit rapport is tot stand gekomen door middel van literatuuronderzoek, exploratief data onderzoek en interviews. Dit rapport bestaat uit 4 hoofdstukken. In de rest van hoofdstuk 1 wordt het probleem in en grotere context geplaatst (nationaal en provinciaal), waarbij ook de achtergrond naar voren die tot de uiteindelijke vraag van deze stage heeft geleid. Ook wordt de stand van zaken omtrent de determinanten van SES, gezondheid en SEGVs in Fryslân geschetst. Dit schetst een beeld van de problematiek die er speelt binnen Fryslân en maakt duidelijk dat het nodig is om deze problematiek aan te pakken. Vervolgens wordt de rol van de GGD besproken, aan welke wettelijke kaders moet worden voldaan, hoe ze bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en waar de SEGVs passen binnen het beleid. In hoofdstuk 2 zal sub vraag 1 worden beantwoord: *Wat is een mogelijke achterliggende oorzaak die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen die bij lage SE voorkomen?*. Hier wordt getracht een mogelijke achterliggende oorzaak te vinden die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen. Dit wordt gedaan door middel van literatuuronderzoek. In hoofdstuk 3 zal sub vraag 2 worden beantwoord: *Gaan verschillende leefstijlgedragingen (zoals roken en alcoholgebruik) vaak samen en kunnen die worden getypeerd?* Ook hier wordt (een kort) literatuuronderzoek gedaan. Daarnaast wordt met behulp van data van het Lifelines onderzoek getracht te onderzoeken hoe dit in Fryslân zit. In hoofdstuk 4 zal sub vraag 3 worden beantwoord: *Wat werkt in erkende interventies voor mensen met een lage SES* door middel van een analyse van alle erkende leefstijlinterventies specifiek gericht op de doelgroep, waarbij onderdelen naar voren komen die een leefstijlinterventie moet bevatten. Dan volgen een conclusie en discussie, waarna het advies wordt gegeven. Op basis van het advies worden suggesties gedaan voor mogelijke samenwerkingspartners en mogelijke vervolgonderzoeken naar aanleiding van dit rapport.

1.4 Het Nationaal Preventie Akkoord en de Friese Preventieaanpak.

In deze paragraaf wordt de aanleiding besproken naar de uiteindelijke vraag van dit onderzoek. Dit brengt in beeld in hoeverre de gezondheidsproblemen en SEGVs al bekend zijn en wat er Nationaal en Provinciaal al is gedaan of welke afspraken zijn gemaakt om dit probleem te verbeteren. Daarnaast brengt dit in beeld in welk stadium van de beleidscyclus dit stageproject en de FPA geplaatst kunnen worden en met wat voor beleidsprobleem we te maken hebben.

1.4.1 Het Nationaal Preventieakkoord

Om tot een gezonder Nederland te komen, heeft de Rijksoverheid in 2018 het Nationaal Preventieakkoord (NPA) gesloten. In het NPA worden het verminderen van overgewicht, alcoholconsumptie en roken uitgelicht. Dit zijn leefstijlelementen die de belangrijkste oorzaak zijn van ziektelast en vroegtijdige sterfte [20]. Jaarlijks sterven er 35.000 Nederlanders door roken, overgewicht of probleemdrinken. In 2015 was dit ongezonde gedrag verantwoordelijk voor bijna 20% van de ziektelast en negen miljard(!) aan ziekte uitgaven. Er moeten dus afspraken worden gemaakt door verschillende partijen om gezondheid van de Nederlandse bevolking te verbeteren.

In het NPA staan verschillende afspraken tussen meer dan 70 verschillende organisaties om gezondheid te verbeteren. Concrete afspraken zijn gemaakt over maatregelen voor een rookvrije generatie, zoals rookvrije speeltuinen, sportverenigingen en zorginstellingen, maar ook accijnsverhogingen van sigaretten vallen hieronder. Maatregelen om overgewicht en obesitas terug te dringen zijn onder andere gezondere voeding in sportkantines aanbieden en gezonde voeding in de schoolkantines, fabrikanten die suikerhoudende drank, snoep en melkproducten gezonder moeten maken én de opname van de gecombineerde leefstijlinterventie in de basisverzekering voor ondersteuning op maat. Problematisch alcoholgebruik moet worden tegengegaan door maatregelen zoals het verminderen van alcoholreclames en een ban op happy hours of meters bier in sportkantines, uiterlijk in 2040 [20]. Landelijk zijn er al programma's die hier aan deze speerpunten werken, dit zijn onder andere Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) [21], Gezonde school [22] en Gezonde Schoolkantine [23], dus het NPA begint niet bij nul. Deze kaders zijn belangrijk voor het invullen van het beleidsplan ter vermindering van de SEGVs én vormt de basis voor de FPA.

1.4.2 de Friese Preventieaanpak

De bestuurscommissie Gezondheid heeft opdracht gegeven om een aanpak te ontwikkelen naar aanleiding van het NPA, wat nu bekends staat als de FPA [24]. De uitwerking van het NPA ligt namelijk bij de Gemeenten [25]. De aanpak van de FPA zal voornamelijk lokaal plaatsvinden waarbij samenwerkingen met partners nodig zijn. De ambities van de FPA worden geformuleerd als *goede gezondheid en welzijn* en *gelijke kansen voor iedereen* [24] (Figuur 2). Deze ambities sluiten aan bij de ambities die staan beschreven in doel drie (Gezondheid en welzijn) en tien (ongelijkheid verminderen) van de Sustainable Development Goals (SDGs) (Appendix I). Hierin staan doelen beschreven om de wereld te verbeteren.

De FPA zet in op een goede gezondheid voor alle inwoners van Fryslân en het terugdringen van gezondheidsachterstanden waarbij aandacht is voor achterliggende problemen. In de FPA is de definitie van gezondheid groter dan de definitie van het WHO, die gezondheid beschrijft als *'een staat van totaal fysiek, mentaal en sociaal welzijn'* [26]. Het gaat in de FPA om het versterken van



Figuur 2. De Friese Preventie Aanpak en de 8 gekoppelde thema's.

gezondheidspotentieel, waarbij een overeenkomst is met 'Positieve gezondheid' van Machteld Huber [27].

De FPA is dus meer dan alleen het aanpakken van roken, overgewicht en alcoholgebruik, speerpunten die in het NPA worden genoemd (sectie 2.2 Het Nationaal Preventieakkoord). Om de ambitie van de FPA te bereiken is namelijk een bredere insteek nodig. Figuur 2 geeft de levensloop benadering weer van de FPA, waarbij verschillende levensfasen zijn gekozen die op basis van de diverse settings waarin de Friese inwoners zich bevinden en de uitdagingen die per levensfase optreden. Er wordt uitwerking gegeven aan welke thema's spelen per levensfase. Hier zijn acht thema's naar voren gekomen om op in te zetten om de ambitie te bereiken (Figuur 2).

De acht thema's zijn met elkaar verbonden. Thema 1. omvat de ontwikkeling van de jeugd heeft grote invloed op gezondheid en kansen, waarbij ouderschap een belangrijke rol speelt. Het ouderschap wordt beïnvloed door de leefomgeving, financiële situatie, psychosociale gezondheid en toegang tot zorg of hulp [24].

Thema 2. Leefstijl heet invloed op gezondheid. Een ongezonde leefstijl is een grote veroorzaker van ziekte en zorguitgaven, dit staat dus in verband met zowel zorg en voorzieningen als psychosociale gezondheid (thema 6.) en kan worden beïnvloed door gezondheid vaardigheden (thema 5.).

Thema 3. omvat de financiën en de negatieve impact die geldzorgen, schulden en armoede kunnen hebben op gezondheid. Dit kan leiden tot stress, slapeloosheid en depressiviteit. Ook wordt dit in verband gebracht met een verhoogd risico op ziektes. Daarnaast heeft het ook invloed op sportdeelname en sociale contacten. Er zijn dus verbanden tussen financiën, leefstijl, psychosociale gezondheid en zorg en voorzieningen.

Thema 4. onderwijs, werk en participatie heeft invloed op sociale contacten en gezondheidsvaardigheden. Werk draagt ook bij aan financiële zekerheid en een hogere opleiding correleert aan een gezondere leefstijl en betere gezondheid.

Thema 5. Gezondheidsvaardigheden hebben betrekking op gezondheidskennis, het vragen van informatie en hierover te communiceren. Mensen die minder goed kunnen lezen en schrijven beschikken over minder gezondheidsvaardigheden. Mensen kunnen minder goed informatie vinden over gezondheid en ziekte, wat belangrijk is om gezonde keuzes te kunnen maken. Dit heeft dus invloed op de leefstijl. Ook dit effect op de prestaties op school, wat kan leiden tot een minder hoog opleidingsniveau met gevolgen als een ongezondere leefstijl en of gevolgen op de financiën.

Thema 6. Richt zich op mentaal welbevinden en psychosociale problemen, wat aansluit op de bredere kijk op gezondheid. In het dagelijks leven hebben mensen meer moeite om balans te vinden tussen stress en ontspanning, wat gezondheidsproblemen kan veroorzaken.

Thema 7. Leefomgeving is van grote invloed op de gezondheid van mensen. Een gezonde omgeving draagt bij aan een vermindering van eenzaamheid en overgewicht en nodigt uit tot meer bewegen en samen zijn. Onder leefomgeving valt ook het aanbod van gezond voedsel. Ook heeft de omgeving invloed op het reduceren of verhogen van stress. De leefomgeving heeft dus verbanden met meerdere thema's.

Thema 8. Zorg en voorzieningen behelst aandacht voor preventie in zowel medisch als sociaal domein. Professionals kunnen erger voorkomen bij hun cliënten/patiënten. De volledige uitwerking van de thema's staan beschreven in bron [24].

In de FPA wordt ook aandacht geschonken aan groepen met gezondheidsachterstanden, waarbij er specifiek aandacht is voor SEGVs. Door in te zetten op deze thema's om te werken aan het verminderen van gezondheidsverschillen zal er vooruitgang worden geboekt op thema drie (Gezondheid en Welzijn) en tien (Ongelijkheid verminderen) van de SDGs (Appendix II).

Er wordt uitgegaan van de levensloop en kenmerkende *life events*. Deze hebben een effect op de volgende fase in de levensloop (Figuur 2). Daarnaast is er aandacht voor achterliggende problematiek bij een ongezonde leefstijl, waarbij het fysieke, medische en sociale domein worden samengebracht.

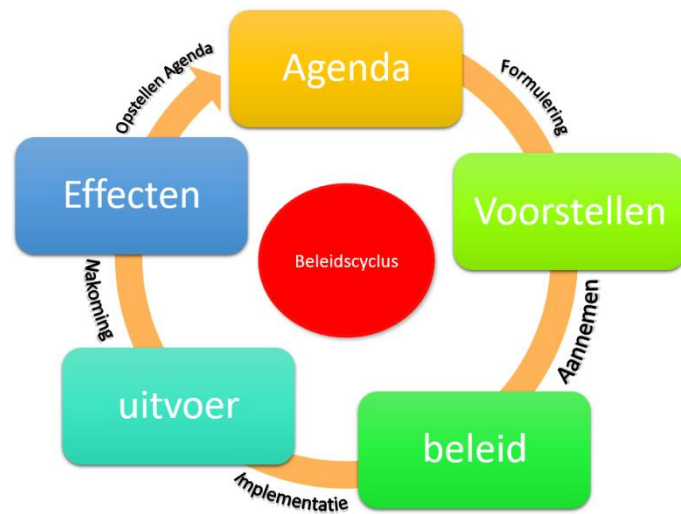
Er zijn drie programmalijnen opgesteld voor de FPA. Dit zijn Onderzoek en monitoring (Weten wat werkt), Kennisdeling (Delen wat werkt) en Activiteiten en projecten (Doen wat werkt). Hierbij wordt relevant onderzoek gestimuleerd door vraagstukken vanuit beleid en praktijk te beantwoorden met wetenschappelijke kennis, waarbij wordt samengewerkt met de AJSPPH (Weten wat Werkt). Ook wordt er kennis en ervaring opgehaald uit de provincie in het land en worden ervaringen gedeeld met anderen (Delen wat werkt) en wordt de gedachte van een lokale aanpak concreet gemaakt (Doen wat werkt).

De brede kijk van de FPA is nodig om de ambities te bereiken. Door onderliggende factoren aan te pakken en in te zetten op acht thema's kan er een groter effect worden behaald dan losse programma's.

1.4.2 Beleidscyclus & Probleemschets

De laatste tijd is er veel aandacht voor SEGVs. Dit komt naar voren in het NPA, waarin duidelijk beschreven staat dat Nederland gezonder moet door leefstijlgedragingen aan te pakken én gezondheidsverschillen tussen SES groepen te verminderen. Dit is vertaald naar de FPA in Fryslân, waar de FPA een ambitie nastreeft om de populatie gezonder te maken en door zich ook specifiek te richten op mensen met een lage SES. Het probleem staat dus hoog op de publieke agenda, zowel nationaal, provinciaal in Fryslân als gemeentelijk.

Bij de start van de stage in januari was de FPA nog volop in ontwikkeling, waarbij werd afgestemd met meerdere partners welke thema's de FPA moet bevatten om tot een succesvolle aanpak te komen. Tijdens de stage zit de FPA in de fase van het opstellen van de agenda (figuur 10). De FPA is tegen het einde van de stage ingediend bij de bestuurscommissie waarin het plan van de FPA volledig staat beschreven. De FPA bevindt zich tegen het einde van de stage in de volgende fase, waarbij een gemeenschappelijke agenda wordt opgesteld waarin doelen er thema en/of levensfase worden geformuleerd (Agenda en formulering). De volgende stap is om, na het aannemen, beleid te ontwikkelen die aansluiten bij het beschreven voorstel (Figuur 3).



Figuur 3. De beleidscyclus.

Een van de belangrijke speerpunten die in het beleidsplan van de GGD naar voren kwam is het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage SES, waar ook de FPA op in zet. Er is al veel bekend over de problemen die spelen bij mensen behorend tot de doelgroep. Er wordt veel onderzoek gedaan naar de oorzaak van gezondheidsverschillen en hoe deze aan te pakken. Echter is er nog geen duidelijk beeld van wat nou zorgt voor deze verschillen. Ook in het beleidsveld wordt aan dit vraagstuk gewerkt. Echter is hier ook nog niet voldoende bekend hoe de gezondheidsverschillen het beste aangepakt kunnen worden. Het is dus nog onbekend, zowel in de literatuur als in het beleidsveld, waar de problemen nou precies vandaan komen en hoe deze het beste kunnen en moeten worden opgelost. Dat maakt deze kwestie een *untamable problem* (Tabel 2).

TABEL 2. BELEIDSPROBLEEM OMTRENT LAGE SES

| | | Zekerheid over aanwezige oplossingen (kennis) | |
|-----------------------------------|------|---|-----------------------------|
| | | Hoog | Laag |
| Consensus over doelen/oplossingen | Hoog | <i>Tamed problem</i> | <i>(Un-tameable problem</i> |
| | Laag | <i>(Un-)Tameable ethical problems</i> | <i>Wicked problem</i> |

1.5 Determinanten van SES en gezondheid in Fryslân

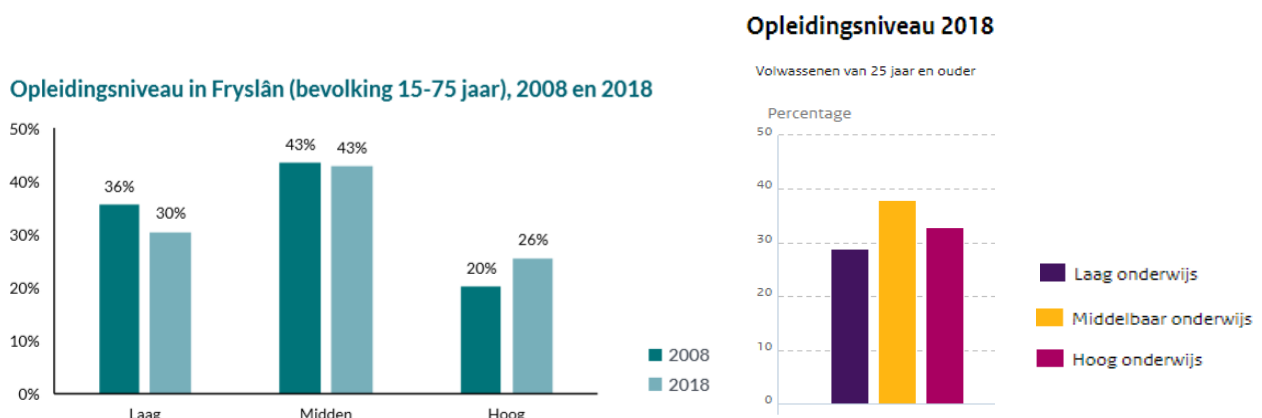
In deze paragraaf wordt informatie verschaft over de demografische factoren die meespelen in SES, dit zijn opleidingsniveau, werk en inkomen. Dit draagt bij aan de beeldvorming van de situatie in Fryslân. Daarnaast wordt informatie verschaft over de algemene gezondheid. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de SES en SEGVs in- en binnen Fryslân op het gebied van gezondheid. Dit schetst een beeld van de problematiek die er speelt binnen Fryslân en maakt duidelijk dat het nodig is om deze problematiek aan te pakken.

1.5.1 Informatie over de Friese inwoners

Zowel GGD Fryslân als het Fries Sociaal Planbureau (FSP) volgen hoe het gaat met de Friese inwoners. In 2019 is: 'Leven in Fryslân', Editie 2019, gepubliceerd door het FSP. Het FSP doet dit met behulp van een groot panel, veel data-analyse en verdiepend onderzoek. Het FSP monitort elke 2 jaar de leefbaarheid van Fryslân. Deze publicatie is een verzameling van de stand van zaken binnen Fryslân. De GGD monitort de gezondheid van de Friese burgers door een Gezondheidsmonitor uit te zetten. Dit is een onderzoek naar de gezondheid van de Friese bevolking onder leiding van GGD Fryslân. Er bestaan verschillende Gezondheidsmonitoren, opgesplitst op leeftijd. De monitoren die worden gehouden in Fryslân zijn de Kindmonitor (0-12 jaar), de GO Jeugd (12-18 jaar) en de Gezondheidsmonitor (19+ jaar). De meest recente gezondheidsmonitor waar gegevens van beschikbaar zijn voor adolescenten en volwassenen is de gezondheidsmonitor die in 2016 is afgenomen [28]. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verzamelt gegevens van alle Gezondheidsmonitoren voor volwassenen die worden uitgezet door de GGD'en in heel Nederland. Met de informatie uit de gezondheidsmonitor van GGD Fryslân kan een schets worden gemaakt van de gezondheid van de Friese inwoners.

Opleidingsniveau

Het merendeel van de Friese bevolking heeft een laag (basisonderwijs, vmbo, havo-, vwo-onderbouw, mbo1) of midden (havo, vwo, mbo) opleidingsniveau [29]. Daarnaast is het opleidingsniveau van de Friese jongeren relatief iets lager ten opzichte van het Nederlands gemiddelde [30], waarbij het grootste deel van de Friese jongeren Middelbaar beroepsonderwijs volgt (MBO) [29] (Figuur 4).

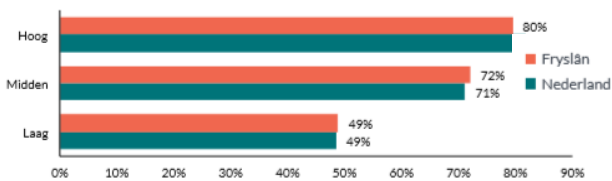


Figuur 4. Link: Percentage inwoners naar opleidingsniveau. Figuur afkomstig van bron [30]. Rechts: Percentage inwoners naar opleidingsniveau in Nederland van 25 jaar en ouder. Figuur afkomstig van bron [31].

Werk en inkomen

De arbeidsdeelname in Fryslân ligt het laagste bij laagopgeleiden. Mensen met een midden- en hoge opleiding hebben over het algemeen een hogere arbeidsdeelname. Dit ligt ongeveer gelijk met de arbeidsdeelname in Nederland naar opleidingsniveau. Daarnaast heeft het grootste deel van de inwoners in Fryslân gemiddeld een laag inkomen. Dit ligt iets hoger dan het Nederlandse gemiddelde van de hoeveelheid mensen met een laag inkomen. Het percentage met een hoog inkomen in Fryslân ligt lager dan het Nederlandse gemiddelde, hierbij is ook het aantal huishoudens in armoede toegenomen ten opzichte van 2016 [29] (Figuur 5).

Arbeitsdeelname in Fryslân en Nederland naar opleidingsniveau, 2018



Inkomensverdeling in Fryslân en Nederland, 2017

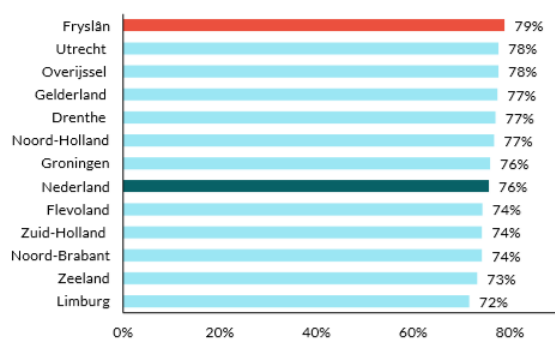


Figuur 5. Percentage inwoners naar arbeidsdeelname (links) en inkomensverdeling (rechts). Figuur afkomstig van bron [32].

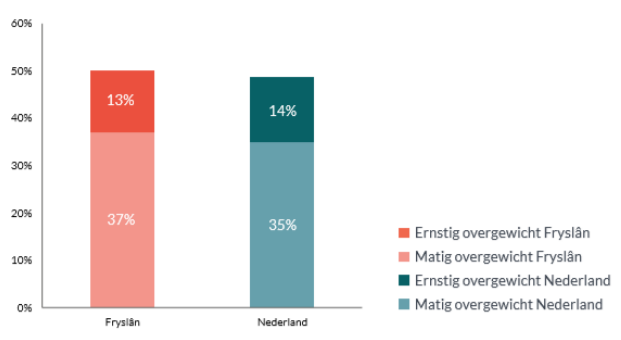
Gezondheid

Uit de Gezondheidsmonitor en de publicatie van het FSP blijkt dat het merendeel van Fryslân hun gezondheid als (zeer) goed ervaart (Tabel 3¹). De Friezen staan daarmee op de eerste plaats van heel Nederland als het gaat om de ervaren gezondheid (Figuur 5). Toch zijn er gezondheidsproblemen onder de Friese bevolking, ondanks dat ze tevreden zijn met hun gezondheid. Een groot deel van de Friezen heeft overgewicht, zowel matig- als ernstig overgewicht. Het totaal aantal procent van mensen met overgewicht ligt ongeveer gelijk aan het Nederlandse gemiddelde (Figuur 6).

Percentage ervaren gezondheid (goed/zeer goed) naar provincie, 2016



Percentage inwoners van Fryslân en Nederland met (matig/ernstig) overgewicht, 2016



Figuur 6. Percentage tevreden inwoners (links) en percentage inwoners met matig en ernstig overgewicht (rechts). Figuur afkomstig van bron [32].

¹ De cijfers zijn overgenomen van de Gezondheidsmonitor van GGD Fryslân, waarbij de onderwerpen gelinkt aan SES worden meegenomen. De gehele gezondheidsmonitor kunt u hier vinden: <http://veiligheidsregio-fryslan.instantmagazine.com/go-jeugd-ggd/ggd-gezondheidsmonitor-2016#!pagina-2>. Hier kunt u ook gegevens vinden per Gemeente. Deze zijn echter niet onderverdeeld op opleidingsniveau.

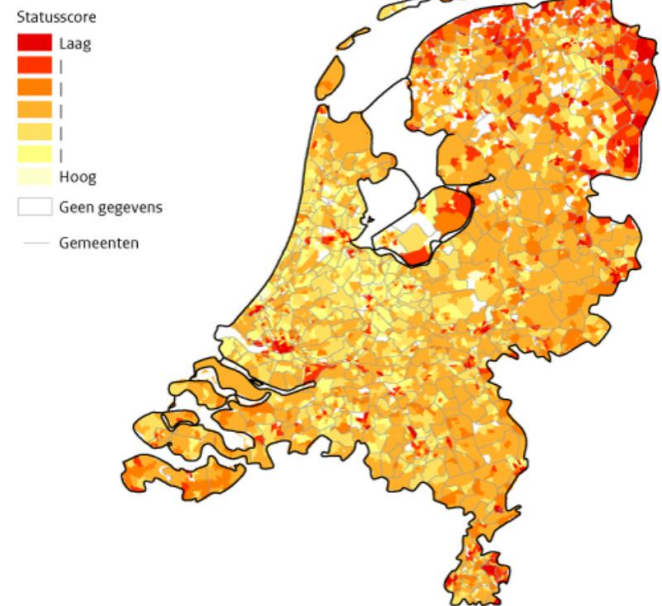
1.5.2 SES in Fryslân

In Noord-Nederland ligt de SES lager dan in de rest van Nederland (figuur 7). Deze verschillen tussen Fryslân en Nederland hangen sterk samen met het opleidingsniveau [31], [32]. Volksgezondheidszorg.info, een product van het RIVM, gebruikt voornamelijk het opleidingsniveau als determinant in het verband tussen gezondheid en SES [2].

Ook in Fryslân kan dit worden gebruikt op basis van bovenstaande informatie. Daarnaast blijkt dat mensen met een lager opleidingsniveau zorgen voor meer zorglasten en meer gemaakte kosten. Verschillen op basis van inkomen bleek niet significant in vergelijking met de rest van Nederland [31]. Ook in deze sectie zal de determinant opleiding worden gebruikt om iemands' SES te bepalen.

Sociaaleconomische status 2017

Per vierpositie postcodegebied



Figuur 7. Verschil in sociaaleconomische status in Nederland in 2017.

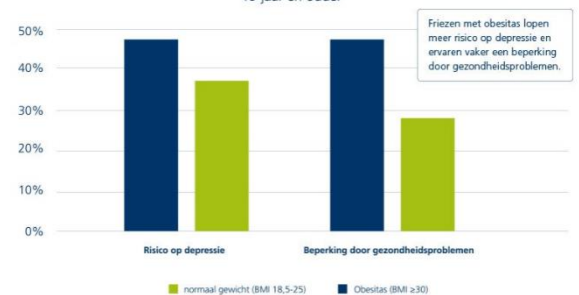
1.5.3. Gezondheidsproblemen die samenhangen met SES

Binnen Fryslân worden verschillen gezien tussen mensen met een hoog-, midden- en laag opleidingsniveau (lage/midden/hoge SES) op het gebied van gezondheid, waarbij het vaak slechter gesteld staat bij mensen met een lage SES dan bij mensen met een midden- of hoge SES. Dit blijkt uit de Gezondheidsmonitor die de GGD in 2016 heeft gehouden onder de Friese bevolking van 19 tot en met 64 jaar. Ondanks dat het merendeel van de totale Friese bevolking hun ervaren gezondheid als goed bestempelen, blijken de mensen met een lage educatie achter te blijven. Mensen met een lage SE die hun gezondheid als goed ervaren ligt lager in vergelijking met midden- en hoger SES. Daarnaast hebben mensen met een lage SES vaker langdurige ziekten of aandoeningen.

Ook hebben mensen met een lage SES een hoger risico op heb hebben van angststoornissen of depressies in vergelijking met midden- en hoge SES. Het risico op depressie is ook hoger wanneer mensen zwaar overgewicht/obesitas hebben (BMI>30) (figuur 8) en bij mensen die aangeven minder zelfregie te ervaren [33]. Het blijkt dat matig- en ernstig overgewicht vaker voorkomt bij mensen met een lage SES, procentueel ligt het voorkomen hoger dan het Friese gemiddelde. Ook geven mensen met een lagere SES aan dat ze minder zelfregie ervaren. Dit kan ervoor zorgen dat mensen met een lage SES dus een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van een depressie.

Obesitas in relatie tot depressie en beperking

19 jaar en ouder



Figuur 8. De relatie tussen obesitas, depressie en gezondheidsproblemen. Figuur afkomstig van bron [33].

Over het algemeen houden mensen met een lage SES zich aan de voedingsnormen ten opzichte van het gemiddelde in Fryslân. Echter ligt het percentage in Fryslân voor Fruit/sap en Groente/rauwkost erg laag [34]. De mensen met een lage SES geven aan meer te bewegen dan mensen met een midden- en hoge SES en voldoen vaker aan de norm gezond bewegen. Echter ligt de inactiviteit bij lage SES (2x zo hoog) als bij mensen met een midden- en hoge SES. Een verklaring zou kunnen zijn dat mensen met een lage SES vaker fysiek zware beroepen uitoefenen en daarnaast minder actief zijn, dit wordt ook genoemd door Professor Dr. Jochen Mierau (Appendix IV).

TABEL 3. GEZONDHEIDSVERSCHILLEN IN FRYSLÂN OP BASIS VAN EDUCATIE¹

| | Fryslân | Lager onderwijs | Midden onderwijs | Hoger onderwijs |
|---|---------|-----------------|------------------|-----------------|
| Een (zeer) goed ervaren gezondheid | 79% | 70% | 81% | 87% |
| Eén of meer langdurige ziekten of aandoeningen | 33% | 42% | 31% | 27% |
| Matig tot hoog risico op angststoornis of depressie | 39% | 43% | 39% | 31% |
| Onvoldoende regie over eigen leven | 9% | 15% | 7% | 4% |
| Contact met sociaal wijkteam (laatste 12 maanden) | 6% | 9% | 5% | 4% |
| Matig en ernstig overgewicht: BMI 25 of hoger | 50% | 61% | 49% | 40% |
| Voldoet aan voedingsnormen: | | | | |
| Ontbijt | 88% | 87% | 86% | 92% |
| Fruit/sap | 42% | 46% | 37% | 46% |
| Groente/rauwkost | 18% | 17% | 16% | 22% |
| Voldoet aan norm gezond bewegen | 65% | 76% | 65% | 63% |
| Inactiviteit | 7% | 10% | 5% | 5% |
| Sport 12+ keer per jaar | 56% | 38% | 58% | 73% |
| Onregelmatige sporter (12-59 keer/jaar) | 22% | 18% | 24% | 24% |
| Regelmatige sporten: 60+ keer/jaar | 34% | 20% | 34% | 49% |
| Sportvereniging | 32% | 27% | 33% | 37% |
| Fitnesscentrum of commerciële sportaanbieder | 29% | 20% | 32% | 34% |
| Sport, Anders georganiseerd | 7% | 4% | 7% | 10% |
| Sport, Ongebonden | 52% | 34% | 54% | 66% |
| Sport en beweegt minder dan gewenst | 51% | 43% | 55% | 55% |
| Rokers | 21% | 22% | 24% | 15% |
| Ex-rokers | 37% | 42% | 34% | 33% |
| Overmatige drinkers | 18% | 18% | 19% | 18% |
| Zware drinkers | 9% | 10% | 11% | 7% |

Het contact met sociale wijkteams ligt bijna twee keer zo hoog dan bij mensen met een midden- en hoge SES. Sociale wijkteams zijn teams die zorgen voor ondersteuning, zorg en welzijn van de inwoners in de wijk [35]. Een team bestaat uit verschillende professionals die hulpvragen van wijkbewoners kunnen oppakken. Mensen kloppen dus bij de sociale wijkteams aan als er hulp nodig is [36]. De mensen met een lage SES blijken vaker aan te kloppen voor hulpvragen. Hieruit kan worden afgeleid dat mensen met een lage SES vaker problemen tegenkomen die ze niet zelf meer kunnen oplossen, echter is dit een aanname.

Ook blijkt dat mensen met een lage SES minder vaak sporten en lid zijn van een sportvereniging of fitnesscentrum. Dit ligt lager dan het Friese gemiddelde en dan bij mensen met een midden- en hoge SES. Daarnaast blijkt dat het merendeel van de mensen met een lage SES noodzakelijkerwijs niet meer wil bewegen. Maar 43% geeft aan minder te bewegen dan gewenst. Dit ligt lager dan bij mensen met

¹ Data verkregen van de gezondheidsmonitor van de GGD [33]

een midden- en hoge SES. Er is geen associatie tussen een lage SES en rokers en overmatige- en zware drinkers. Dit ligt ongeveer gelijk met het Friese gemiddelde.

1.5.4. Preventieve interventies in Fryslân zijn nodig

Op basis van de gezondheidsmonitor, kan er worden gesteld dat het goed gaat met de Friese bevolking. Echter valt er nog gezondheidswinst te behalen bij mensen met een lage SES. Mensen met een lage SES lopen achter op arbeidsdeelname en op de gebieden van ervaren gezondheid, risico op depressie, (in)activiteit en sporten. Daarnaast heeft een groot deel ernstig- of matig overgewicht, wat op zichzelf al gezondheidsproblemen met zich mee kunnen brengen. Ook blijkt dat bepaalde effecten invloed hebben op andere, zoals obesitas en depressie. Daarnaast blijkt ook dat er binnen Fryslân hoge zorguitgaven en zorglasten zijn die sterk samenhangen met opleidingsniveau [31]. Uit onderzoek van zorgverzekeraar De Friesland is gebleken dat er geen verschil is op basis van inkomen maar wel op basis van opleidingsniveau, dit weerspiegelt de conclusie die eerder is getrokken, namelijk dat SES hoofdzakelijk wordt bepaald door opleidingsniveau [31].

Er moet wat gebeuren om de gezondheid van mensen met een lage SES te verbeteren om zo minder gezondheidsverschillen te zien, dit is ook een belangrijk speerpunt in de landelijke nota [49]. Als er niets wordt gedaan, zullen de gezondheidsverschillen alleen maar groter worden. Door in te zetten op preventieve interventies kan gezondheidswinst worden behaald en zouden wellicht hoge zorgkosten uit kunnen blijven. Echter kan het inzetten van algemene interventies, ook wel universele preventie, ook zorgen voor het vergroten van gezondheidsverschillen [19]. Dit is mogelijk omdat mensen met een hoge SES waarschijnlijk betere gezondheidsvaardigheden hebben, en meer middelen om de interventie te laten slagen [3].

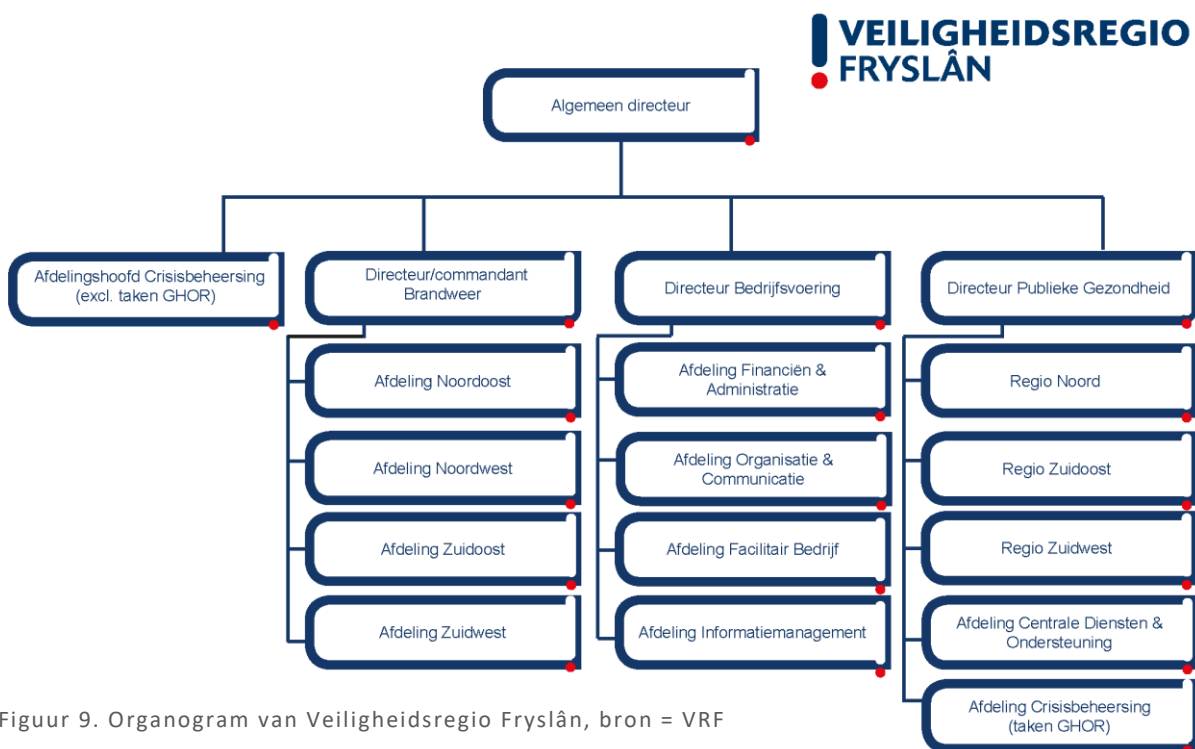
Door in te zetten op preventie die gericht is om gezondheid te bevorderen specifiek bij deze doelgroep, is de verwachting dat gezondheidsverschillen kunnen worden verminderd. Door in te zetten op gezondheidsbevordering als grootste doel, zal er relatief meer winst behaald worden. Dit omdat er dan niet meer wordt gekeken naar *de verschillen* tussen de groepen, maar naar *de behaalde gezondheidswinst* van de groep. Deze manier van werken is nodig om iedereen gelijke kansen te kunnen bieden ongeacht achtergrond. Door in te zetten op selectieve preventie voor de lage SES groep, kunnen gezondheidsverschillen hier worden aangepakt. Echter is er nog onvoldoende bekend over de effecten van de interventies die gericht zijn op het verminderen van SEGVs.

1.6 De GGD en hun rol in gezondheid

De GGD speelt een belangrijke rol bij het terugdringen van gezondheidsverschillen en het bevorderen van de gezondheid van de Friese inwoners. In deze sectie wordt beschreven wie de organisatie is en aan welke wettelijke kaders voldaan moet worden en bij wie deze zijn belegd binnen het vormgeven van een leefstijlinterventie ter bevordering van de gezondheid van de Friese inwoners. Vervolgens volgt erg korte informatie over het beleidsplan van de GGD, waarin wordt verduidelijkt hoe ze bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en waar de SEGVs passen binnen het beleid.

1.6.1. VRF & GGD

De stage richt zich op het onderdeel publieke gezondheid binnen GGD Fryslân, onderdeel van de Veiligheidsregio Fryslân (VRF). De VRF is onderverdeeld in vier kolommen namelijk Crisisbeheersing, de brandweer, bedrijfsvoering en publieke gezondheid (GGD) (Figuur 9). De GGD is een van de 4 kolommen van de VRF en is een bestuurlijk onderdeel van de VRF. De VRF zet zich in voor een veilig en gezond Fryslân en bestaat sinds 2012, waar GGD Fryslân sindsdien bij is aangesloten. Het is een grote organisatie met 2.000 mensen. De VRF werkt in opdracht van de Friese gemeenten en de burgemeesters van deze gemeenten vormen het algemeen bestuur [37].



Figuur 9. Organogram van Veiligheidsregio Fryslân, bron = VRF

Taken VRF

Een belangrijke taak van de VRF is crisisbeheersing en ligt bij de desbetreffende afdeling. Bij crisisbeheersing is het nodig dat de 4 kolommen samenkomen in een multidisciplinaire samenwerking bij een ramp of crisis. Dit is door de afdeling crisisbeheersing goed voorbereid [37]. Belangrijke onderwerpen voor de Veiligheidsregio zijn onder andere gemeenten adviseren bij de Omgevingswet

die in 2021 ingaat en aansluiting van de GGD bij publieke gezondheid, gemeentelijk en sociaal domein[38].

GGD Fryslân

GGD Fryslân is de gezondheidsdienst van alle Friese gemeenten en bestaat uit verschillende takken (Figuur 9). De gemeente is verantwoordelijk voor de publieke gezondheid van de inwoners, die deze taak belegt bij de GGD [39]. De GGD beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van de inwoners in Nederland [39]. De GGD informeert en adviseert de gemeenten over de gezondheid van de Friese burger. De GGD heeft drie regio's, een team beleid en de afdeling Centrale Dienst en Ondersteuning (CDO) (Figuur 9) en drie locaties waar zich kantoren bevinden in Fryslân (Leeuwarden, Heerenveen en Drachten). De Bestuurscommissie Gezondheid vormt het bestuur van het onderdeel GGD Fryslân van de VRF. In de bestuurscommissie zitten de wethouders gezondheid van de Friese gemeenten. Zij beslissen over alle inhoudelijke zaken op het gebied van gezondheid die vallen binnen het door het Algemeen bestuur vastgestelde (financiële) kader[40]. GGD Fryslân werkt aan het bevorderen van gezondheid en voorkomen van gezondheidsproblemen door zich te richten op verschillende taken. Deze taken bevatten onder andere infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en preventie [41] (Bron [41] voor een volledig overzicht van de taken van GGD Fryslân).

1.6.2 De wettelijke kaders van publieke gezondheid en de betrokken actoren

Wet publieke gezondheid

De GGD'en hebben een aantal wettelijke taken die beschreven staan in de Wet publieke gezondheid (Wpg) [42][43] (Figuur 10). Hieronder vallen onder andere het verrichten van epidemiologisch onderzoek om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de bevolking, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders én het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (waaronder ook programma's voor gezondheidsbevordering) [43]. Daarnaast zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en infectieziekte bestrijding [43]. Deze taken vallen binnen de kaders van het landelijke opgestelde nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek op het gebied van publieke gezondheid. Het gemeentelijke gezondheidsbeleid wordt binnen 2 jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota vastgesteld, waarin de gemeente de doelstellingen vaststelt ter uitvoering van de wettelijke taken, welke acties worden ondernomen om de doelstellingen te realiseren, welke resultaten getracht worden te behalen en hoe er uitvoering wordt gegeven aan de verplichtingen die vallen onder het kader van de Wpg [43].

Wettelijke kaders van preventie

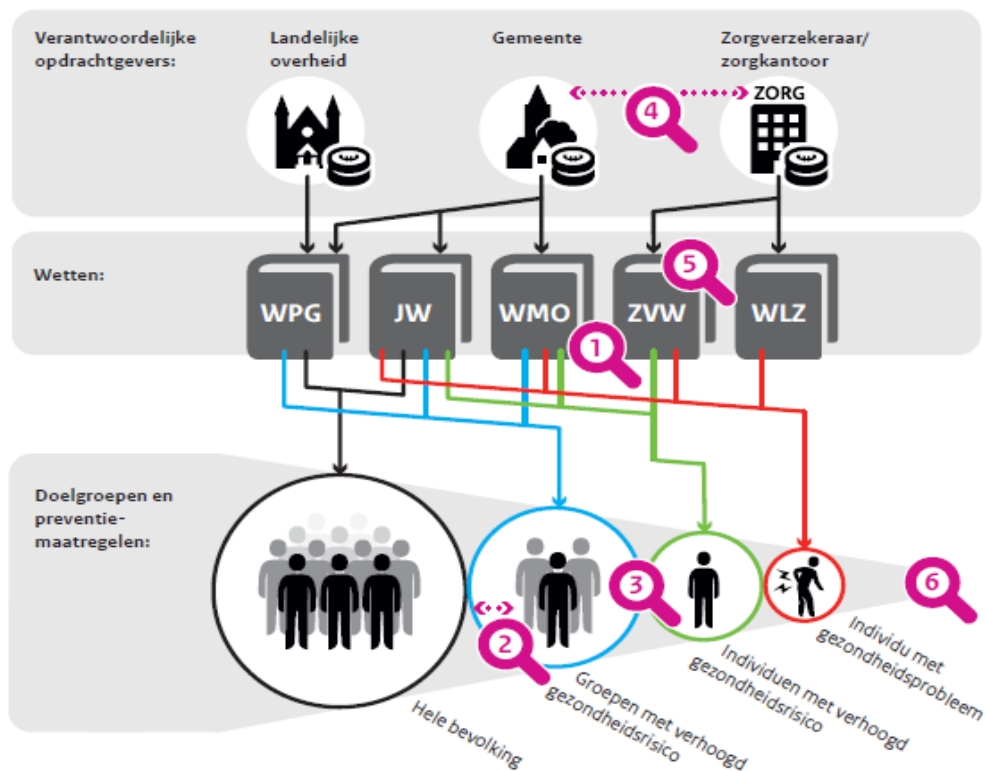
Op het gebied van preventie speelt de Wpg een belangrijke rol, maar ook de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet (Jw), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn kaders waar rekening gehouden mee moet worden gehouden (Figuur 10). Binnen de Wpg is er veel beleidsvrijheid, zodat er lokaal kan worden ingespeeld op de relevante problemen. Binnen de Wpg vallen verschillende activiteiten zoals vaccinaties en preventieprogramma's ter gezondheidsbevordering, en het voorkomen van alcoholmisbruik [44], deels kerntaken van de GGD.

De Wmo een belangrijke rol bij de gezondheid van de burger en kan hierop aanspraak worden gedaan op het gebied van preventie [45]. De Wmo speelt een rol bij preventie op individueel niveau bij mensen met (een verhoogd risico op) gezondheidsproblemen (Figuur 10). De Wmo kan dus toegepast worden bij mensen met een lage SES. Hier valt ook een beleidsplan voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg opstellen [46]. Onder de Jw vallen alle bevolkingsgroepen (Figuur 10) en kan dus ook worden ingezet voor preventieve interventies voor de jeugd. De Zvw is een wet die de verplichte basisverzekering regelt voor verzekerden. Hierbij dekt de basisverzekering een groot aantal gezondheidsrisico's.

Daarnaast kunnen preventieve interventies binnen de Zvw vallen, bijvoorbeeld leefstijladviezen voor mensen met een verhoogd risico op bepaalde gezondheidsproblemen die geven worden door huisarts of specialist [47]. De Zvw is vooral gericht op individuen met (een verhoogd risico op) gezondheidsproblemen (Figuur 10). De Wlz is bedoeld voor mensen die voortdurende zorg nodig hebben. Dit zijn bijvoorbeeld chronisch zieken of kwetsbare ouderen [48]. Deze wet richt zich dus op individuen met gezondheidsproblemen (Figuur 10).

Actoren betrokken bij de wettelijke kaders van preventie

Er zijn verschillende partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de wetten. De Wmo wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door de Gemeenten en sinds 2015 is de wet verruimd waardoor de Gemeenten beter kunnen inspringen op de behoefte van hun inwoners [45]. Ook de Jw is belegd bij de Gemeente, waarbij de gemeenten verantwoordelijk zijn voor het beschikbaar stellen van alle vormen van jeugdhulp. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zvw en de Wlz. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, waarbij ze verantwoordelijk zijn voor het toegankelijk maken en betaalbaar houden van kwalitatief goede zorg.



Figuur 10. Wettelijke kaders preventie. Bron afkomstig van een presentatie van het VWS preventieteam.

1.6.3 Beleidsplan GGD Fryslân

Het gezondheidsbeleid komt vaak voort uit de landelijke nota. De landelijke nota geeft vaak richting aan het lokale gezondheidsbeleid en is onderdeel van de vierjarige beleidscyclus volksgezondheid [49]. Het Beleidsplan Gezondheid 2019-2022 heeft als ondertitel *'Samen vooraan: aan de slag met preventie!'*. In dit beleidsplan staan de taken, missie, visie en ambities beschreven die in dit termijn worden beoogd [50]. GGD Fryslân wil in de komende jaren gezondheidswinst boeken voor alle Friese burgers en heeft als hoofdambitie om het aantal ongezonde levensjaren te verminderen. Hierbij zijn vier thema's geagendeerd: 'Leefstijl en vitaliteit', 'Lokale leefwereld', 'Gezonde leefomgeving' en 'Zorg en veiligheid' [50]. Met het thema 'leefstijl en vitaliteit' speelt de GGD in op het Nationaal Preventieakkoord dat gesloten is in 2018, waarin afspraken zijn gemaakt om de gezondheid van de Nederlandse burger te bevorderen (Paragraaf 1.4). De vier genoemde thema's dragen bij aan de missie die luidt: *'Iedereen verdient een veilig en gezond leven. Wij dragen daaraan bij!'*. Het concept 'positieve gezondheid' draagt bij aan de visie, waarbij de GGD zich richt op factoren die gezondheid en vitaliteit van mensen beïnvloed, waaronder ook de sociale en economische factoren in de omgeving van mensen.

De hoofdambitie van de GGD is gezondheidswinst boeken in de 4 jaar waar dit beleidsplan voor geschreven is, waarbij het aantal ongezonde levensjaren terug wordt gedrongen. Hierbij wordt expliciet de doelgroep met een lage SES genoemd. Door dit specifiek te noemen, vormt er een opening om in te zetten op het verbeteren van de gezondheid van lage SES én gezondheidsverschillen hierdoor te verminderen.

CONCLUSIE

SEGVs zijn een probleem in Nederland. Door het NPA wordt een leidraad gegeven voor de gemeentelijke invulling. Fryslân doet dit door middel van een FPA, waarbij er op 8 thema's wordt ingezet die bijdragen aan het verbeteren van gezondheid. De FPA zet ook specifiek in op mensen met een lage SES, een wicked problem die aangepakt moet worden. Dit is nodig, want ook in Fryslân bestaan de SEGVs. Deze hangen sterk samen met het opleidingsniveau. GGD Fryslân heeft als taak de gezondheid van de Friese burgers te bevorderen en kan handelen binnen de wettelijke kaders van de Wpg. Door in te zetten op een bredere aanpak met de FPA, wordt voldaan aan deze taak, kunnen SEGVs worden verminderd en spelen ze in op het bevorderen van de gezondheid voor de doelgroep.

HOOFDSTUK 2:
EEN MOGELIJKE ACHTERLIGGENDE OORZAAK VAN
GEZONDHEIDSPROBLEMEN



HOOFDSTUK 2

In dit hoofdstuk zal sub vraag 1 worden beantwoord: *Wat is een mogelijke achterliggende oorzaak die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen die bij lage SE voorkomen?*. Om dit te beantwoorden, moet eerst duidelijkheid worden geschept over de vele definities van SES. Vervolgens wordt kort beschreven hoe SES en gedrag samenhangen om duidelijk te maken dat deze met elkaar zijn verbonden. Vervolgens wordt ingezoomd op een mogelijk achterliggend mechanisme dat dat veelal wordt gezien bij de doelgroep en wordt er een link gelegd met gezondheidsproblemen en risicogedrag.

2.1 Definitie van SES in de literatuur

Om gezondheidsverschillen aan te pakken, is het belangrijk om te begrijpen waar de gezondheidsproblemen uit voortkomen, om ook meer informatie te krijgen over het voorkomen van SEGVs. Om hier een antwoord op te geven, is er literatuuronderzoek verricht naar gezondheidsproblemen in relatie tot een lage SES, waarbij een mogelijke oorzaak wordt onderzocht. Hieruit blijkt dat lage SES op verschillende manieren wordt gedefinieerd in het onderzoeksveld (box 1). De definities hebben gemeen dat de SES gerelateerd is aan gezondheid, waardoor de verschillende onderzoeken wel kunnen worden meegenomen in dit literatuuronderzoek. De twee meest voorkomende determinanten binnen de literatuur zijn educatie en inkomen (box 2.). Als mensen een hoger inkomen hebben, wordt er meer geluk en zelfverzekerdheid ervaren. Mensen met een lage SES worden juist geassocieerd met een grotere ervaren kwetsbaarheid [51]. Daarnaast kan de financiële situatie een bijdrage leveren aan de gezondheidsproblemen die worden gezien bij de doelgroep.

Het blijkt dat ook in de wetenschappelijke literatuur educatie een belangrijke indicator is iemands SES, wat overeenkomt met Fryslân en Nederland [31]–[33].

Box 1. Definities Sociaaleconomische Status

In de wetenschappelijke onderzoeken naar gezondheidsverschillen in relatie tot SES blijken verschillende te zijn in de definitie van SES. In deze box zijn een paar manieren beschreven die in de literatuur voor SES worden gebruikt.

- In onderzoeken waarin de effecten van SES op kinderen centraal staan wordt veelal gebruik gemaakt van de SES van de ouders. Deze wordt veelal gemeten aan de hand van de hoogst afgeronde educatie, werkstatus en financiële situatie waarin het kind opgroeit. Daarnaast kunnen er nog andere indicatoren worden gebruikt zoals of de familie welvaart ontving [52].
- Ook wordt alleen het huishoudelijk inkomen en de opleiding van de ouders/verzorgers gebruikt om de SES van kinderen te bepalen [53].
- Ook wordt de 'income-to-need ratio' gebruikt als een maatstaf voor SES. Dit is een relatieve waarde van het jaarlijkse inkomen van een familie ten opzichte van de armoedegrens opgesteld door de overheid voor een familie van een bepaalde grootte. Dit geeft dus aan hoeveel iemand verdient ten opzichte van de hoeveelheid mensen in de familie [54].
- Daarnaast worden soms ook alleen opleiding en inkomen gebruikt voor iemands' SES [55].

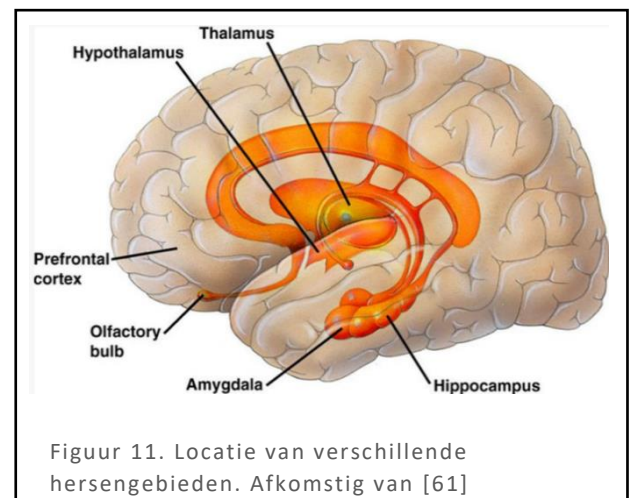
2.2 Het verband tussen SES, het brein en het gedrag

2.2.1 Effecten van SES op het gedrag en het brein

Het brein is verantwoordelijk voor de aansturing van lichamelijke fysiologische processen en het gedrag. Factoren die invloed hebben op het functioneren brein, kunnen zorgen voor gedrags- en lichamelijke veranderingen. Iemands' SES blijkt invloed te hebben op het gedrag van een individu. SES is een belangrijke factor in het moduleren van de cognitieve-, sociale-, en hersenontwikkeling. Deze combinatie kan een grote impact hebben op de ontwikkeling van het kind, met als gevolg een achterstand in de ontwikkeling van de hersenen. In meerdere studies is aangetoond dat een lagere SES samenhangt met slechtere gedragskenmerken bij kinderen, voornamelijk als het gaat om taal, geheugen, executief functioneren (doelgericht handelen/uitvoeren van taken; voortaan doelgericht handelen genoemd) en sociaal-emotionele verwerkingsprocessen [56]. Ook hangt SES samen met de cognitieve ontwikkeling van het brein [57]. Er zijn meerdere studies die de relatie leggen tussen SES en het doelgericht handelen door het brein [57], [58]. Kinderen uit de lage SES doelgroep voerden taken die te maken hadden met impulscontrole, werkgeheugen, aandacht controle, flexibiliteit en plannen slechter. Daarnaast heeft SES tijdens de jeugd impact op het omgaan met moeilijkheden in het latere leven [59]. Deze achterstanden worden vaak in verband gebracht met de kwaliteit van het ouderschap, de omgeving in/rondom het huis en de stress die ervaren is door het kind. Deze factoren benadelen de structurele en functionele synaptische³ ontwikkeling van de prefrontale cortex (PFC), wat kan leiden tot veranderingen in hersengebieden die belangrijk zijn voor bijvoorbeeld leren [60].

De prefrontale cortex is belangrijk voor het gedrag

De PFC is het voorste deel van het brein (Figuur 11) die heel belangrijk is voor het gedrag wat je vertoont. De PFC is belangrijk voor de executieve functies van het brein, wat verantwoordelijk is voor het doelgericht handelen (Figuur 11). De PFC nodig is voor cognitieve processen dat ons dagelijks gedrag bepaalt zoals plannen (zowel het schakelen tussen verschillende taken als het plannen van subtaken om tot een doel te komen), concentreren, het inhiberen van ongewenst gedrag/impulsgedrag bij een bepaalde situatie en cognitieve flexibiliteit [62], [63]. Daarnaast speelt de PFC een belangrijke rol in leren. Deze cognitieve processen worden verworven in de levensloop. De PFC dient de hoogste orde van onze cognitieve vaardigheden. Verstoringen door bijvoorbeeld langdurige stress kunnen nadelige effecten hebben op het functioneren (kopje stress en het brein) [64].



³ Een synaps is belangrijk voor informatieoverdracht voor neuronen (zenuwcellen in de hersenen)

2.2.2 Relatie tussen SES en stress

SEGVs zijn al langere tijd een belangrijke punt van aandacht. Ook Pharos, het expertisecentrum als het gaat om gezondheidsverschillen, buigt zich al enige tijd over dit probleem. Uit het document, *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken* [65] gepubliceerd door Pharos, blijkt er sterke wisselwerking te zijn tussen gedrag, leefstijl en omstandigheden [65]. Alhoewel er steeds meer onderzoek wordt gedaan naar de relatie tussen SES en het brein, zijn de mechanismen hierachter nog onbekend. Ook is er nog niet bekend in welke periode van het leven SES indicatoren de grootste of langdurige effecten geeft [57]. Wel blijkt dat chronische stress als een belangrijk onderliggend mechanisme kan worden gezien die voor gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken en de SEGVs kunnen beïnvloeden. [65], dit is ook een veelvoorkomende hypothetische verklaring in onderzoek naar SES-gerelateerde gezondheidsproblemen. Ook het RIVM heeft hier onderzoek naar gedaan. Het RIVM heeft onlangs een rapport uitgebracht waarin stress als onderliggend mechanisme wordt onderzocht. Het betreft de link tussen armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag [66]. Hier wordt een verslechterde gezondheid gekoppeld aan chronische stress wat veelal voortkomt uit armoede [66]. Stress wordt veel gebruikt, maar wat is stress? In het volgende deel wordt uitleg gegeven over stress en de stress response. Dit geeft een duidelijker beeld van het fenomeen en dit dient als achtergrond voor de gezondheidsproblemen die later besproken worden.

2.3 Stress en de stressresponse

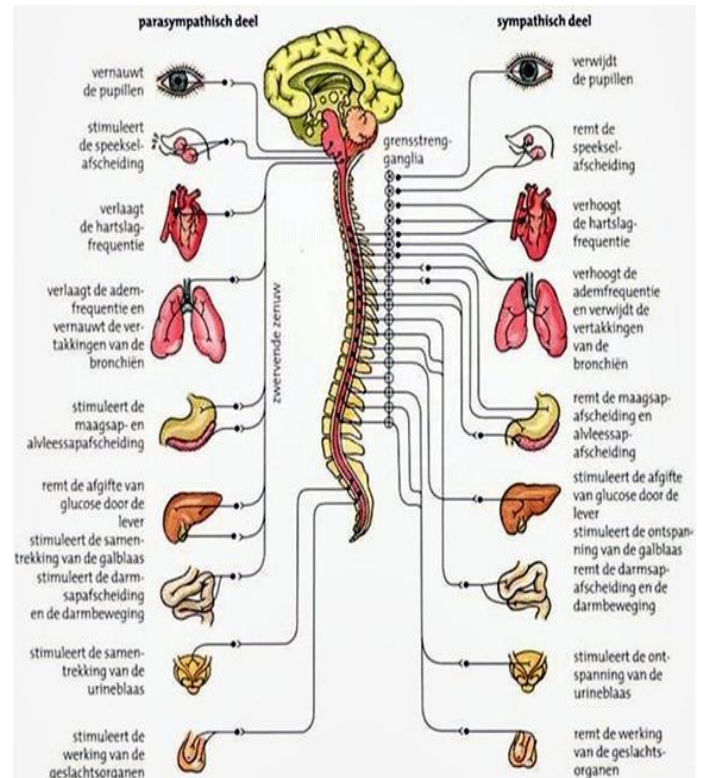
2.3.1 wat is stress

Alle levende organismen behouden een intern evenwicht, ook wel homeostase. Dit evenwicht wordt continue uitgedaagd door interne of externe stressoren. Stress is dus een staat waarin homeostase wordt bedreigd of lijkt te worden bedreigd. Homeostase wordt behouden door een complex samenspel van gedragsmatige en fysiologische responses van het organisme [67]. Dit is veelal een optimale staat. Het evenwicht kan echter veranderen naar een suboptimale staat als het lichaam erom vraagt, ook wel allostase (paragraaf 2.3.2) [67]. Zo een suboptimale status kan, mits niet hersteld, op lange termijn schadelijk zijn [67]. Stress kan worden gezien als een constellatie van gebeurtenissen die een stimulus bevat (stressor) die een response opgang brengt in het brein (stress perceptie) die de fysiologische 'flight or flight' response in het lichaam activeert (de stress response) [68]. De activatie van deze response is afhankelijk van de mate waarin stress wordt ervaren en is afhankelijk van het individu [69].

De fysiologische stress response

Drie belangrijke stresshormonen in het perifere zenuwstelsel zijn adrenaline, noradrenaline en cortisol. Het zenuwstelsel bestaat uit het centrale zenuwstelsel (brein en ruggengraat) en het perifere zenuwstelsel (zenuwen die vertakken van het brein en de ruggengraat). Adrenaline, noradrenaline en cortisol hebben effect op het autonome zenuwstelsel, onderdeel van het perifere zenuwstelsel die wordt onderverdeeld in een sympathisch (actie) en een parasympathisch zenuwstelsel (rust) (Figuur 12.) [70].

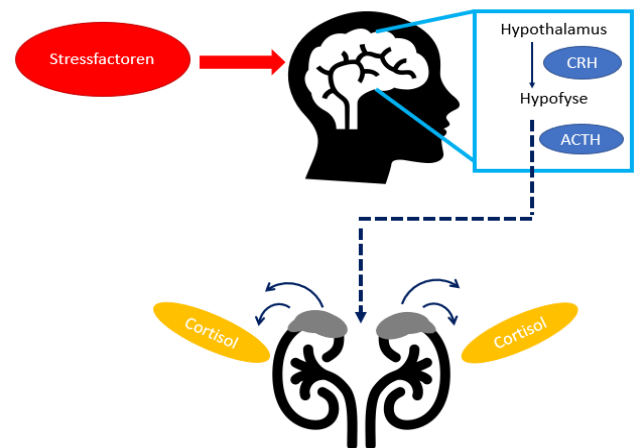
Adrenaline en Noradrenaline zijn onder andere verantwoordelijk voor de acute stress response. Dit zorgt onder andere het verhogen van de hartslag, een verhoging van de bloeddruk en een verwijding van de vertakking van de longen (Figuur 12.). Deze gebeurtenissen bereiden het lichaam veelal voor op het vluchten of vechten [71]. Stress op korte termijn zorgt voor een vergrootte alertheid via dit systeem. Daarnaast treedt er een proces in het brein op waar cortisol bij is betrokken, het derde stress hormoon.



Figuur 12. Het parasympathisch en sympathisch zenuwstelsel Afbeelding afkomstig van [70].

Cortisol

Stressoren kunnen ook zorgen voor een stress response in het brein, wat zorgt voor de distributie van cortisol, gesynthetiseerd door cholesterol, in de periferie [71], [72]. Hierin speelt de amygdala een belangrijke rol. De amygdala speelt een centrale rol in het verwerken van emoties [72]. Als een stressfactor zich voordoet, wordt dit waargenomen door de amygdala en activeert dit de HPA-as. De hypothalamus in het brein scheidt een hormoon af, corticotrope-releasing hormoon (CRH) (Figuur 13). Dit CRH stimuleert de hypofyse tot afgifte van adrenocorticotroop hormoon (ACTH). ACTH bindt aan receptoren van de bijnierschors en stimuleert de afgifte van cortisol door de nieren [73]. Wanneer de stressor voorbij is, vindt er een negatief feedback mechanisme plaats waarbij cortisol de verdere afgifte van CRH en ACTH stopt [74].



Figuur 13. De stressresponse.

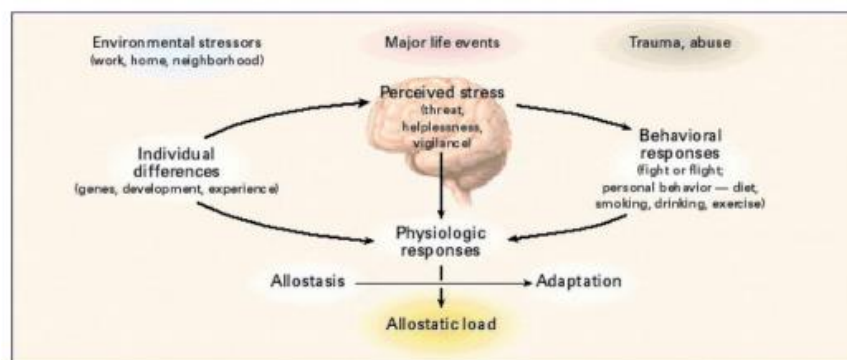
Cortisol is naast de stressresponse ook betrokken bij reguliere processen zoals het slaap/waak ritme en metabolisme. Het circuleert in het lichaam. Dit wordt minder in de actieve fase, tot de inactieve

fase weer begint (waak & slaap) [75]. Daarnaast kan cortisol genen beïnvloeden die betrekking hebben op homeostatische systemen in het lichaam zoals de immuun response [67].

Acute stress leidt door middel van cortisol tot een verhoging van kataboliserende processen. Het katabolisme breekt stoffen af, zodat er energie vrijkomt die het lichaam kan gebruiken. Dit zorgt voor meer energie naar het lichaam, wat nodig is voor de acute response [71]. Na acute stress gaat het lichaam weer terug naar de normale toestand door de feedbackmechanismen van de hippocampus, hypothalamus en prefrontale cortex [71] (paragraaf 2.3.4). Een chronisch verhoging van cortisol levels wordt gerelateerd aan pathofysiologie (ziekte) (paragraaf 2.3.5). Door chronische verhoging van cortisol kunnen de neuronen in de hippocampus beschadigd raken waardoor de feedback om weer terug te gaan naar de normale toestand wordt verstoord. Dit leidt tot een blijvende verhoging van circulerende cholesterol levels, zelfs als de stressor niet meer aanwezig is, resulterende in een vicieuze cirkel [71].

2.3.2 Allostatic en Allostatic load

Door de continue veranderingen in iemands' omgeving moeten het lichaam en het brein zich continue fysiologisch en gedragsmatig aanpassen. Onder andere de sympathische en parasympatische systemen en de HPA-as zorgen voor deze aanpassingen. Allostatic is het bereiken van evenwicht via activatie van onder andere deze systemen [76]. Deze term is voor het eerst beschreven door Peter Sterling en Joseph Eyer en doorontwikkeld door Bruce McEwen [77]. Dit suboptimale evenwicht van allostatic kan voor problemen zorgen in het lichaam als deze overactief of onder actief is, allostatice



Figuur 14. Stress en allostatic load. Afkomstig van bron [76]

lading (allostatic load) [78]. Allostatic load is een resultaat van het lichaam als de allostatice systemen te hard werken of de systemen niet stoppen na een stressvolle gebeurtenis (Figuur 14) [78]. Ook kan dit komen doordat deze systemen niet adequaat genoeg reageren op de initiële situatie, wat kan leiden tot een verhoogde reactie van andere systemen [78]. Allostatic load refereert dus naar een disbalans in systemen die zorgen voor adaptatie. Zo een disbalans kan komen door herhaalde stressoren die zorgen voor bijvoorbeeld uitputting van de systemen die zorgen voor de interne balans [78]. Verschillende stressoren kunnen eraan bijdragen dan de waargenomen stress hoog is, wat vervolgens kan zorgen voor de allostatic load (Figuur 14). Dit is afhankelijk van de beoordeling van de situatie van een individu.

2.3.3. Waargenomen stress, *appraisal* en *coping*

De fysiologische response is dus afhankelijk van de waargenomen stress door het individu en is hierdoor variabel [69]. Twee belangrijke factoren die hieraan ten grondslag kunnen liggen zijn *controleerbaarheid* en *voorspelbaarheid*, beschreven door Suzanne M. Miller [79] [80]. Als mensen zelf in controle zijn van de stressor, wordt er minder stress ervaren. Dit geldt ook voor voorspelbaarheid [79]. Dit heeft te maken met hoe een persoon een (potentiële) stressor beleefd en de situatie interpreteert. Als de persoon de situatie interpreteert als stressvol dan vindt de fysiologische response plaats. Als een persoon dit niet als stressvol ervaart, dan kan het zijn dat de stressresponse uitblijft of in mindere mate wordt geactiveerd [78]. Hierbij kan gewenning helpen bij het verminderen van de stressresponse, zoals bij het spreken voor een publiek. Door dit vaker te doen zorgt dit voor gewenning, wat als resultaat heeft dat de het stresshormoon cortisol minder wordt verhoogd [78].

McEwen (2017) beschrijft 3 soorten stress; 'goede' stress, 'dragelijke' stress en 'toxische' stress die effect kunnen hebben op het brein en het lichaam [76]. Goede stress is een stress soort die wordt waargenomen nadat een risico is genomen bij een uitdaging, waarbij er veelal een positieve uitkomst is. Dragelijke stress is een situatie waar slechte dingen gebeuren, maar waar de persoon mee kan omgaan. Toxische stress is stress waar een individu niet mee kan omgaan, wat nadelige gevolgen kan hebben [76]. Bij toxische stress treedt er dus eigenlijk een mismatch op tussen wat een persoon kan en waar de persoon mee om kan gaan.

Bij het waarnemen van stress is '*appraisal*' een belangrijk woord, ook wel waardering of beleving. *Appraisal* is een proces waarbij potentiële stressvolle gebeurtenissen worden geëvalueerd op betekenis en de invloed op het welzijn van het individu [81]. Dit kan worden onderverdeeld in 2 soorten, namelijk primaire- en secundaire *appraisal* [81]. Primaire *appraisal* wordt gevormd door persoonlijke factoren en de situatie. Bij secundaire *appraisal* wordt de vraag gesteld 'wat kan ik doen?'. De secundaire *appraisal* is een belangrijke vraag, omdat dit aangeeft in welke mate de persoon controle heeft over de situatie en hoe ermee omgegaan kan worden; hoe kan de situatie worden veranderd of geaccepteerd (ook wel *coping*). *Coping* is afhankelijk van onder andere sociale, psychologische en materiële bronnen en refereert naar de cognitieve en gedragsmatige inzet die iemand nodig heeft om een bepaalde situatie onder controle te hebben of te tolereren [81]. wanneer persoon de situatie als (blijvend) stressvol ervaart, wordt de fysiologische stress response in gang gezet. Wanneer *coping* is verminderd, kan dit zorgen voor chronische stress en kan dit leiden tot pathofysiologie. Bij mensen met een lage SES is aangetoond dat er meer stresshormonen aanwezig zijn in de circulatie, wat kan aantonen dat mensen met een lage SES meer stress ervaren dan mensen met een hoge SES [55] [67]. Dit kan dus komen doordat de mensen met een lage SES wellicht minder goed kunnen omgaan met stress, waardoor er een allostatic load kan ontstaan in het lichaam.

2.3.4. Stress en het brein

Het brein speelt een centrale rol in het waarnemen van stress en reguleert de fysiologische stress response [76]. Het brein moduleert zijn neurale circuits door gebeurtenissen. Dit helpt bij het gedrag wanneer de situatie nog een keer voordoet [76]. Dit is ook wel plasticiteit, het aanpassingsvermogen van het brein. Adrenaline en corticoïden zoals cortisol kunnen bijdragen aan geheugen consolidatie, dit is informatie die wordt van het kortetermijngeheugen worden overgebracht naar het lange termijn geheugen, waar het wordt opgeslagen. Dit proces draagt bij aan verbetering van het lange termijn geheugen [82]. Ook de amygdala, betrokken bij emotie en mediator van de stress response, speelt hier een rol in. Als de amygdala niet meer intact is, wordt dit proces verstoort [82].

Onder langdurige blootstelling aan bijvoorbeeld cortisol kan de plasticiteit worden verminderd. Dit heeft ook gevolgen voor het aanpassingsvermogen van het brein om adequaat te reageren op stressvolle situaties [76]. Daarnaast heeft herhaalde stress consequenties voor het functioneren van de hippocampus (Figuur 11). De hippocampus is betrokken bij episodisch (opslag van dagelijkse ervaringen) en declaratief (lange termijn geheugen waarbij herinneringen bewust kunnen worden opgehaald) geheugen en is belangrijk voor het herinneringen van 'context', wat ook een sterk emotionele component bevat [78]. Verstoring door stress kunnen ertoe leiden dat volgende gebeurtenissen als stressvol kunnen worden ervaren, terwijl het anders wellicht niet als stressvol zou worden ervaren [78]. Daarnaast is de hippocampus ook betrokken bij het uitzetten van de HPA response. Bij activatie van de hippocampus wordt de uitscheiding van cortisol verminderd en heeft hierbij een onderdrukkende werking op de stress response [83]. Er zijn dus meerdere mechanismen die invloed hebben op het onderdrukken van de HPA-as, waaronder cortisol en feedback van de hippocampus, maar ook de PFC.

De PFC is betrokken bij de negatieve feedback om de HPA-as te onderdrukken. Ook de PFC kan worden aangetast door chronische stress, wat invloed kan hebben op modulatie van de verschillende regio's van de PFC. Blootstelling aan acute, oncontroleerbare stress kan ervoor zorgen dat het werkgeheugen, wat belangrijk is bij het leren en bij denkprocessen, minder goed werkt [64]. Deze effecten van chronische stress op de PFC leiden ertoe dat de hogere breinfuncties worden verminderd terwijl primitieve, meer op emotie gebaseerde reacties worden vergroot [64]. Voor een uitgebreide review over de effecten van stress en de prefrontale cortex verwijst ik naar de review die is geschreven door Arnsten (2015, nature neuroscience) [64].

2.3.5 Stress, ziekte en immuunsysteem.

Chronische stress verstoort dus verschillende processen in het lichaam. Chronische stress kan aanhouden van een paar uur tot maanden en kan nadelige gezondheidseffecten geven [51]. Laaggradige chronische stress en blootstelling aan chronische stress gedurende de levensloop zijn belangrijke onderliggende pathofysiologische mechanismes van onder andere coronaire hartziekten en beroertes en ziekte [84] [85].

Stress hormonen kunnen zowel zorgen voor een verhoogde activiteit van het immuunsysteem als voor het onderdrukken van het immuunsysteem [86]. Het verschil komt door de soort stress. Acute stress zorgt voor een verhoogde werking van het immuunsysteem, herhaalde stress of chronische stress zorgt er echter voor dat het immuunsysteem wordt onderdrukt [78] [86].

Acute stress

Acute stress heeft snelle, kortdurende effecten op het immuunsysteem, zoals een verhoging van immuun cellen of een verhoging van cytokines (pro-inflammatoire/ontstekingsbevorderende stoffen) [85]. De acute stress kan zorgen voor een ontstekingsreactie door een herverdeling van immuun cellen in het lichaam, ook wel 'trafficking', wat wordt gemedieerd door steroïden (zoals progesteron) uit de bijnierschors [78] [85]. De immuun cellen verplaatsen zich naar de plek waar een bepaalde challenge plaatsvindt en kan deze tegengaan. Acute stress verhoogt de response, waardoor het immuunsysteem snel kan handelen. Dit is gunstig voor het immuunsysteem bij bijvoorbeeld infectie en helpt bij het geheugen van het immuunsysteem. De volgende keer kan het immuunsysteem sneller en beter handelen [78]. Acute stress heeft dus een positief effect op immuniteit.

Chronische stress

Door de onderdrukking van het immuunsysteem door chronische stress kan het immuunsysteem niet goed genoeg meer reageren waardoor mensen vatbaarder worden voor bijvoorbeeld infecties [86]. Dit kan komen doordat stress de hoeveelheid circulerende immuun cellen, die belangrijk zijn in immuniteit, vermindert en/of immunosuppressieve cellen verhoogd [86]. Mensen die chronische stress hebben blijken een minder goede immuunreactie te hebben op vaccinaties, dit laat zien dat chronische stress negatieve effecten op het immuunsysteem met zich mee brengt [68]. Een onderdrukking van de werking van het immuunsysteem kan zorgen voor een verhoogde kans op infectie en mogelijk kanker door de regulerende immuun cellen die activatie van ontsteking onderdrukken [86] [87].

Stress en diabetes

Naast implicaties van stresshormonen op het immuunsysteem, heeft stress ook invloed op voedselinname, overgewicht en diabetes. Mensen die verhoogde stresslevels in het lichaam hebben (cortisol), hebben een verhoogde voedselinname. Ook wordt er vaker *comfort food* gegeten tijdens stressvolle situaties, wat veelal veel vetten en suikers bevat [88]. De corticoïden zoals cortisol zijn ook deels verantwoordelijk voor de negatieve feedback om de HPA-as te remmen. Echter is de negatieve feedback vermindert door chronische stress en kan onder deze condities cortisol effect hebben op de inname van *comfort food*. Dit leidt tot een verhoging van het lichaamsgewicht [88]. Ook bij obesitas is de HPA-as langer geactiveerd door de verstoorde werking van cortisol. Daarnaast heeft cortisol invloed op Leptine, een hormoon die een rol speelt bij verzadiging na eten. Cortisol vermindert de gevoeligheid van Leptine in het brein, waardoor het verzadigingssignaal vermindert. Dit kan overmatig eten in de hand werken [89], [90].

Daarnaast speelt de stress response een rol bij het ontwikkelen van diabetes type 2 (T2DM). Cortisol beïnvloedt insuline sensitiviteit, waardoor insuline minder wordt uitgescheiden in het lichaam met als gevolg dat er meer suikers in het bloed circuleren [91]. Een ander mogelijk mechanisme heeft een link met het immuunsysteem. T2DM kan worden gezien als een laaggradig ontstekingsstaat, waarbij verschillende ontstekingscellen actief zijn. Deze ontstekingscellen hebben effect op insuline gevoeligheid, wat kan zorgen voor een vicieuze cirkel. Daarnaast blijkt dat mensen die meer ontstekingswaarden in hun bloed hebben een hogere kans hebben op het ontwikkelen van T2DM. Chronische stress kan dus bijdragen aan het verhogen van het risico op T2DM [91], een aandoening waar mensen met een lage SES ook een verhoogd risico op hebben [10] [11] [12].

Stress is dus een staat waarin het lichaam verkeerd, wat, als de stress langdurig aanhoudt, leidt tot *allostatic load*. Alleen als de stress chronisch wordt, wat afhankelijk is van de *appraisal* en de *coping* van een individu en is dus sterk variabel, kan dit leiden tot nadelige gevolgen door de verstoring van het negatieve feedbackmechanisme. Dit heeft consequenties voor het brein, het immuunsysteem en kan leiden tot bijvoorbeeld overgewicht en diabetes. Nu de basis is gelegd voor het begrijpen van stress en de nadelige gevolgen van chronische stress, zal er aandacht worden besteed aan stressfactoren en de relatie tussen gezondheidsproblemen die worden gezien bij mensen met een lage SES. Voortaan wordt gesproken van stress, waarmee wordt bedoeld dat mensen met een lage SES vaak minder goed in staat zijn in *coping*, waardoor een staat van stress ontstaat.

2.4. Externe factoren en factoren die kunnen leiden tot stress

Er zijn verschillende stressoren bij mensen met een lage SES, zoals dat ze wonen in gebieden met een hogere populatiedichtheid, maar ook geluidsoverlast, luchtvervuiling en verminderde toegang tot bepaalde middelen. Deze worden in verband gebracht met de SEGVs [51]. Kinderen en adolescenten uit de lage SES hebben zelfs vaker te maken met stressvolle situaties dan mensen met een hoge SES. Ze hebben een drie keer hogere kans om psychische problemen te ontwikkelen dan de mensen uit een hoge SES [14]. Deze stressoren kunnen variëren van werkloosheid, slechte woonomgeving en financiële stress (Figuur 15). De ervaring van stress bij lage SES door bijvoorbeeld een financiële slechte situatie, sociale exclusie of een slechtere baan kunnen leiden tot een lagere perceptie van zijn of haar sociale status met als gevolg een aanpassing in emotioneel- gedragsmatig- en fysiek aanpassingsvermogen van deze stressoren [92]. Het is daarom belangrijk om mogelijke factoren die bijdragen aan gezondheidsproblemen en mogelijke stressoren te identificeren. Door deze identificatie, kan duidelijk worden waar nog meer op moet worden ingezet om stress te kunnen wegnemen of gezondheid te verbeteren.

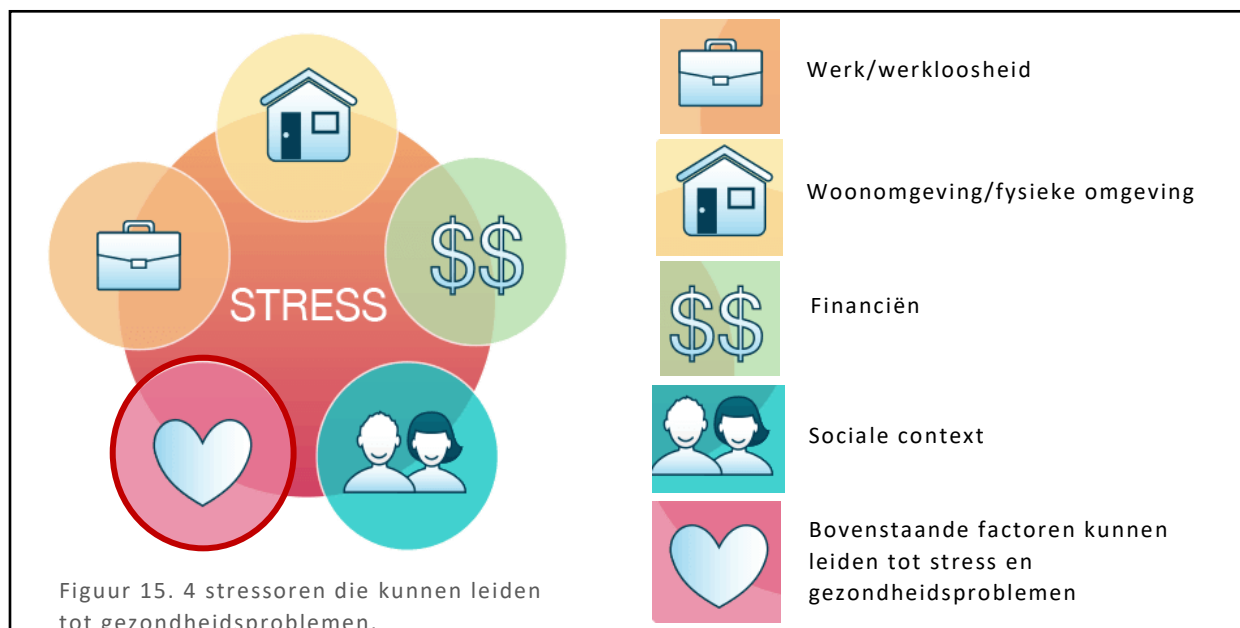
Een van de belangrijkste factoren die chronische stress veroorzaakt is volgens Prof. Dr. Jochen Mierau, Adjunct hoogleraar Economie van de Volksgezondheid & Wetenschappelijk directeur van de Aletta Jacobs School of Public Health, armoede. Dit wordt ook benoemd door de meeste experts die geïnterviewd zijn. Prof. Dr. Mierau vindt dat mensen minder goed beseffen dat een laag inkomen heel stressvol is. Recent is er een studie verschenen in Finland waaruit blijkt dat een basisinkomen voor de Finse populatie positieve effecten heeft op zowel mentaal als financieel welzijn [93]. De financiële situatie heeft ook een impact op kinderen. Door te werken aan de financiële problemen, kan er dus vooruitgang geboekt worden op welzijn.

De omgeving van mensen met een lage SES zijn gemiddeld genomen veelal slechter qua infrastructuur (denk aan groen in de wijk, veiligheid en luchtverontreiniging) [94]. Mensen die in een lage SES omgeving leven ervaren meer stress (Figuur 15) [95]. Dit kan komen omdat de fysieke omgeving van de wijk minder zijn, de veiligheid in de wijk slechter, de populatiedichtheid hoger en ze vaker kampen met geluidsoverlast van verkeer [96] [97].

De sociale context en contacten kunnen een factor zijn die stress veroorzaken bij mensen met een lage SES (Figuur 15) [98] [99]. Mensen in een lage SES kunnen hun eigen status als minder ervaren, wat kan zorgen voor stress of voor gevoeligheid voor de effecten van stress [99].

Er zijn ook correlaties tussen stressvolle levensgebeurtenissen die vaker voorkomen bij mensen met een lage SES. Dit zijn bijvoorbeeld hete scheiden van ouders, maar ook financiële problemen, een effect op de mentale gezondheid. Deze stressvolle gebeurtenissen komen vaker voor bij de lage SES groep en zou een verklaring kunnen zijn voor de verhoging in mentale problemen bij de groep^[21].

Naast omgevingsstressoren, kan de omgeving mogelijk ook een rol spelen bij de intergenerationele overdracht van SES (het overdragen van SES van de ene generatie op de volgende) [100]. Dit kan komen omdat bepaalde gedragingen 'besmettelijk' zijn en daardoor makkelijker worden overgedragen. Hieronder vallen onder andere roken en alcoholgebruik [100].



2.5 Twee mogelijke manieren waarop SES invloed heeft op het brein

Er zijn mogelijk meerdere manieren waarop SES leidt tot cognitieve achterstanden, waarvan 2 een belangrijke invloed uitoefenen. De 2 manieren die geformuleerd zijn door Conner & Donnellan zijn blootstelling aan stress en stimulatie, ook wel *the family stress model* en *the family investment model* (Box 2), Appendix II [101]. Deze modellen gaan uit van de weergave van SES op basis van *Human-, financial-,* en *social capital*. Deze manieren zijn niet onafhankelijk van elkaar, deze kunnen ook tegelijk plaatsvinden of als consequentie van elkaar [56].

Box 2. De *Family stress model* en de *Family investment model* van Conger en Donnellan^[48]

Het *Family stress model* Is een model dat voorlegt dat economische moeilijke tijden, met condities zoals laag inkomen, schulden of financiële gebeurtenissen, leiden tot druk in de familie. Deze condities kunnen het functioneren van een familie verstoren door de economische druk die ze geven. Onder economische druk vallen de onbevredigende behoefte van benodigdheden zoals adequate voeding en kleding, het onvermogen om rekeningen te betalen of de touwtjes aan mekaar vast te knopen en het verminderen van, zelfs nodige, uitgaves. Als de druk hoog is, hebben de ouders een grotere kans op emotioneel leed, gedragsproblemen en antisociaal gedrag. Dit kan weer leiden tot een vermindering van opvoeding en betrokken ouderschap. Betrokken ouderschap is belangrijke voor de emotionele, gedragsmatige, cognitieve en fysieke gesteldheid van het kind. Wanneer families economische moeilijke tijden hebben, hebben de kinderen een grotere kans te lijden aan een vermindering in positieve aanpassingen, zoals cognitieve vaardigheden en sociale competenties, en een grotere kans van internaliserend (o.a. depressie) of externaliserend (o.a. agressie) gedrag door stress.

Het *Family investment model* Is een model dat uitgaat van het principe dat hoge SES groepen in vergelijking met lage SES groepen meer toegang hebben tot financieel, sociaal en menselijk kapitaal. De investering van deze hulpbronnendoor families hangt samen met de succesvolle ontwikkeling van een kind. Mensen met meer economische middelen kunnen meer investeren in de ontwikkeling van hun kind, terwijl mensen met minder economische middelen meer moeten investeren in benodigdheden voor de familie. De investeringen die worden bedoeld zijn met name leermaterialen die beschikbaar zijn thuis, stimulatie vanuit de ouders om te leren door directe ondersteuning of door tutoren of trainingen, de standaardleefsituatie en een locatie die de ontwikkeling van het kind stimuleert. Volgens dit model is er een positieve correlatie tussen economisch welzijn en de investeringen van de ouders voor activiteiten die een positief effect hebben op sociale en academische successen van een kind.

Zowel het concept van *the Family stress model* en van *The Family investment model* hebben effect op het vormen van het brein van een kind. De ideeën dat stress en de ontwikkeling van het kind worden beïnvloed door iemands SES is niets nieuws. SES is een belangrijke factor in het moduleren van de cognitieve-, sociale-, en hersenontwikkeling. Er is aangetoond dat kinderen uit een lage SES een verminderde executieve functie hebben. Dit wil zeggen dat deze kinderen minder goed presteren op het doelgericht handelen en wat daarvoor nodig is, zoals planning, structuur aanbrengen en flexibiliteit voor het uitvoeren van de taken [60]. Kinderen die zijn opgevoed in lage SES families ervaren een lagere cognitieve stimulatie, minder interacties met volwassenen, minder complex taalgebruik en hebben geen toegang tot een verrijkte omgeving om ter stimulatie van de ontwikkeling in vergelijking met kinderen die zijn opgevoed in gezinnen met een hoge SES [54]. Dit heeft tot gevolg dat het brein zich minder goed ontwikkeld omdat de vroege vormen van leren beperkt zijn [54].

2.6. Stress, SES en risicogedrag

Het brein is ook verantwoordelijk voor gedragingen zoals slapen, sporten en bewegen en eten. Het brein heeft dus invloed op uitingen van risicogedrag. De genoemde stressoren in paragraaf 2.4 kunnen effect hebben op de PFC en de amygdala [92]. Deze stressoren kunnen mogelijk leiden tot chronische stress, wat nadelige gevolgen met zich mee brengt (paragraaf 2.3). Daarnaast staat chronische stress ok in verband met risicogedrag.

2.6.1. Stress en risicogedrag

Stress kan leiden tot ongezond gedrag zoals roken, weinig bewegen of ongezond eten. Deze gedragingen kunnen uiteindelijk leiden tot een slechtere gezondheid. De uitingen van risicogedrag kunnen een reactie zijn op stress, waarbij dit gedrag wordt gebruikt voor het doorstaan van de stressor. Dit risicogedrag wordt vaak als plezierig beschouwd, zoals het eten van voedsel met een hoog vet percentage, roken en alcohol [89][102]. Ook de motivatie voor fysieke activiteit kan verminderd zijn wanneer stress wordt ervaren [89].

Uit een onderzoek uitgevoerd in Denemarken is gebleken dat de waarschijnlijkheid dat iemand stress ervaart wanneer deze tot een lage SES groep behoort 1.30 keer hoger is dan gemiddeld [89]. Ook was de prevalentie van ervaren stress bij inwoners van minder voorziende Economische deprivatie zorgde voor een hogere prevalentie van ervaren stress en hoe meer mogelijke stressoren, hoe hoger de ervaren stress [89]. Ook is er een verhoging van risicogedrag gevonden bij mensen die wonen in een minder voorziende buurt, waarbij het dagelijks roken en fysieke inactiviteit significant is verhoogd [89]. Uit dit onderzoek blijkt dat de ervaren stress een verhoging geeft van risicogedrag, wat wordt vergroot door iemands' SES [89]. Dit resultaat laat zien dat zowel stress en de SES belangrijke factoren zijn voor risicogedrag, maar een combinatie van zowel lage SES als stress hebben wellicht meer impact.

2.6.2. Stress heeft invloed op leefstijl

Uit bovenstaand onderzoek blijkt dus dat het voorkomen van risicogedrag verhoogd is bij mensen met een lage SES die stress ervaren. Negatieve levensgebeurtenissen kunnen leiden tot verhoogde stresslevels ,maar ook gedurende de levensloop kan stress zich opbouwen. Dit staat allemaal in verband met een verhoogd gebruik van genotmiddelen, nicotinegebruik, psych stimulerende middelen en/of een alcohol- en/of drugsverslaving. Mensen die meer stress ervaren hebben dus een hogere kans op het ontwikkelen van een verslaving [16].

Dopamine

Het verhoogd gebruik van genotmiddelen bij lage SES kunnen belonend en stemming verbeterend werken via het mesolimbische systeem. Dit kenmerkende stofje wat zorgt voor een stemmingsverbetering is dopamine [16].

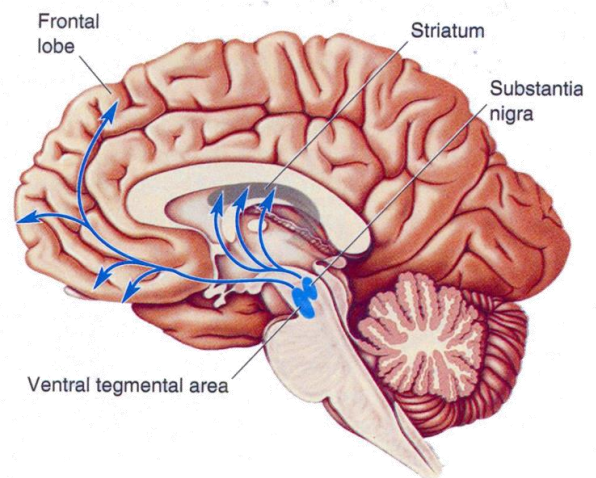
Dopamine is een neurotransmitter dat wordt afgegeven tijdens een belonende situatie aan andere delen van het brein (Figuur 16), zoals het eten van smakelijk eten. Na verloop van tijd kunnen de receptoren voor dopamine minder gevoelig worden. Hierdoor wordt een situatie die voorheen als belonend werd beschouwd minder belonend. Er is dan meer nodig voor dezelfde uitkomst. Dit is aangetoond bij mensen op obesitas[90], [103], [104]. Door de verminderde leptine gevoeligheid (Paragraaf 2.3.4) bij mensen met obesitas zal het verzadigingssignaal verminderd worden, met een vermindering van dopamineafgifte als logisch gevolg [90]. Ook drugs en/of alcoholverslaving kunnen het dopaminerge systeem activeren [16]. Dit leidt tot een high of behoefte naar meer door een euforisch gevoel [16]. Dit lijkt een vicieuze cirkel waarbij de effecten van stress leiden tot een hogere inname van smakelijk voedsel, roken en alcoholgebruik [89]. Dit leidt uiteindelijk tot meer gebruik waardoor een verslaving in de hand wordt gewerkt.

Overgewicht en obesitas

Obesitas, een Body Mass Index (BMI) van $>30\text{kg/m}^2$, komt vaker voor in lage SES groepen en vormt een ernstig probleem voor de gezondheid. Het wordt vaak geassocieerd met aandoeningen zoals insulineresistentie, hoge bloeddruk en algehele chronische ontsteking (paragraaf 2.3.5). Deze aandoeningen worden vaak samengevat onder de term metabool syndroom (MetS). Stress heeft een indirect effect op het ontstaan van deze ziekten [90][105]. Stress speelt namelijk mogelijk een belangrijke rol in gewichtstoename. Na een stressvolle periode is er een grotere behoefte aan zoet en vet eten, wat waarschijnlijk een effect is van corticosteron [88].

MetS verhoogt het risico op onder andere T2DM, waar binnen de lage SES ok een verhoogd risico op is [10] [11] [12]. Daarnaast hebben mensen met een lage SES een verhoogd kans op cardiovasculaire aandoeningen [106]. Overgewicht neemt al enige tijd toe en is deels toe te schrijven aan de genetische basis. Vanuit historisch oogpunt slaat het lichaam voedsel op in de vorm van vet om periodes van voedselschaarste te kunnen overbruggen. Ten tijde van voedselovervloed zoals nu het geval is, resulteert dit in overgewicht [90]. Ook zijn er verschillende leefstijl karakteristieken die lijden tot een verhoogd risico en prevalentie van T2DM, zoals slechte voeding, inactief zijn, roken, slechte/korte nachtrust [10].

Dopamine systeem



Figuur 16. Dopamine systeem in de hersenen.

Voedselinname, dopamine en verslaving

Het brein speelt een belangrijke rol in de regulatie van voedselinname. Ghreline en Leptine zijn 2 hormonen die belangrijk zijn voor voedselinname. Ghreline wordt geproduceerd in de darmen. Ghreline levels in de circulatie van het lichaam zijn hoog wanneer het voedselaanbod aan het lichaam laag is en zet aan tot voedsel zoekend gedrag [107]. Uit onderzoek blijkt dat ook negatieve emoties voedsel zoekend gedrag opwekken via Ghreline. De Ghreline levels worden verhoogd voordat er voedselinname plaatsvindt en wordt gestimuleerd door de aanwezigheid van voedsel [107]. Leptine, een hormoon dat wordt afgegeven door het vetweefsel en evenredig aanwezig is aan het lichaamsvet, bindt aan specifieke receptoren in de hypothalamus. Een verlaging van Leptine en verminderde signalering van Leptine in de hypothalamus leidt tot honger via specifieke neuronen die bepaalde stofjes afgeven. Tijdens voedselinname zal na verloop van tijd een verzadigingsgevoel ontstaan door signalen afkomstig van het maag-darmstelsel. Echter wordt het verzadigingssignaal vaak genegeerd door smakelijk eten, wat in verband wordt gebracht met het beloningssysteem in de hersenen, het mesolimbische systeem [90]. Door de verminderde beloning van smakelijk eten door het dopamine systeem is er meer voedsel nodig om dezelfde beloning te ervaren wat uiteindelijk kan leiden tot verslaving.

Zowel obesitas en verslavingen zoals alcohol- en drugsverslaving zorgen voor een vermindering in de dopamine receptor D2 in het brein [103], [108]. Deze verlaging zorgt ervoor dat het gedrag moeilijk of niet kan worden onderdrukt, ondanks de negatieve effecten [103].

Slaap

Slaap is erg belangrijk voor het herstellen van brein van de prikkels gedurende de dag. Slaapcomplicaties zijn een belangrijk probleem voor de publieke gezondheid en dit probleem wordt steeds groter [109]. Mensen met een lage SES blijken slechter te slapen dan mensen met een hoge SES [110]. Mensen met een lage SES hebben vaker slaapproblemen, zowel zelf gerapporteerd als objectief gemeten dan mensen met een hoge SES [109][111]. Genoeg en goede slaap is een belangrijke factor in lichamelijke- en psychische gezondheid [112]. Te weinig slaap wordt in verband gebracht met onder andere een hoger risico op hart- en vaatziekten, metabole aandoeningen, een hogere BMI en een groter risico op het ontwikkelen van obesitas [109] [113]. Daarnaast is er een sterke relatie tussen slecht slapen en het risico op depressie, een hoge bloeddruk, longaandoeningen [111]. Ook kinderen hebben te maken met slaapproblemen, wat in relatie staat tot een hoger BMI en een verhoogd risico op obesitas in kinderen op latere leeftijd [113].

Een andere, algemeen bekende factor, die ook van belang is op slaap is stress [110]. Stress heeft invloed op de lengte van de slaap en de slaapkwaliteit[68],[114]. Er zijn verschillende stressoren die invloed hebben op slecht slapen, zoals werk, minder sociale steun en negatieve gebeurtenissen in het leven [111] [115]. Ook is aangetoond dat zelf waargenomen financiële moeilijkheden een slechte invloed hebben op slaap [115]. Daarnaast kan leefstijl een slecht effect hebben op slaap, waardoor slaapttekort kan ontstaan. Voorbeelden die ervoor zorgen dat mensen problemen kunnen hebben met slaap zijn onder andere veel alcohol drinken en overgewicht [109]. De invloed die leefstijl, SES en stress met elkaar hebben kunnen leiden tot een vicieuze cirkel. Mensen met een lage SES, hebben vaker stress én leven vaker ongezond. Dit heeft effect op slechte slaap, wat weer kan leiden tot een verhoogd risico op problemen.

CONCLUSIE

Wat is een mogelijke achterliggende oorzaak die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen die bij lage SE voorkomen?

Er zijn verschillende gezondheidsproblemen die in verband staan met lage SES. Hierbij staat chronische stress als een hypothetische verklaring voor de gezondheidsproblemen centraal. Hoe een persoon stress ervaart is afhankelijk van het individu, waar appraisal en *coping* sleutelwoorden zijn. Chronische stress heeft verschillende nadelige gevolgen op een individu. Er zijn verschillende factoren in de omgeving van mensen met lage SES die kunnen zorgen voor stress, waarvan een van de belangrijkste de financiële situatie is van deze personen. Dit heeft invloed op het gedrag van mensen en kan zorgen voor een verhoogd risico op obesitas maar wordt ook in verband gebracht met roken, risicogedrag, overmatig alcoholgebruik en slecht slapen. Dit kan leiden tot gezondheidsproblemen die worden gezien bij mensen met een lage SES. Door zowel klachten als stress aan te pakken, zouden de gezondheidsproblemen verminderd kunnen worden.

HOOFDSTUK 3: CONNECTIE VAN LEEFSTIJLGEDRAGINGEN



HOOFDSTUK 3

In dit hoofdstuk zal sub vraag 2 worden beantwoord: *Gaan verschillende leefstijlgedragingen (zoals roken en alcoholgebruik) vaak samen en kunnen die worden getypeerd?* Om dit te beantwoorden, wordt een kort literatuuronderzoek gedaan om erachter te komen of leefstijlgedragingen vaak samen gaan. Deze leefstijlgedragingen hebben veelal invloed op gezondheid en worden in dit hoofdstuk risicogedragingen genoemd. Dit onderdeel draagt bij aan het uiteindelijke advies, omdat dit hoofdstuk een beeld schets welke gedragingen dan in een aanpak meegenomen zou moeten worden om te werken.

3.1 meerdere risicogedragingen gaan vaak samen

In het algemeen zijn de hoeveelheid risicogedragingen die effect hebben op leefstijl omgekeerd gecorreleerd aan gezondheid, hoe meer risicogedragingen, hoe groter het risico op ziekte, dus een hoger risico op ongezondheid [116]. Niet alleen individuele risicogedragingen komen vaker voor bij mensen met een lage SES, vaak gaan deze risicogedragingen ook samen [117]. Dit zijn onder andere sedentair gedrag (gedrag waarbij het energiegebruik laag is zoals zitten en tv kijken), het innemen van ongezonde voeding en een vermindering van lichamelijke activiteit en groente- en fruit inname [118]. Daarnaast zijn verschillende risicogedragingen met elkaar verbonden, zoals roken en alcoholgebruik [119].

Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat risicogedragingen afhankelijk zijn van iemands' positie in de samenleving, mensen die geen werk hebben blijken meer risicogedragingen tot uiting te brengen dan mensen die fulltime werken, zoals meer sedentair gedrag, weinig fysieke activiteit en weinig groente- en fruit inname [120]. Ook is er ook een correlatie tussen de hoeveelheid risicogedragingen en het welzijn van een individu. Mensen die hoger scoren op het hebben van risicogedrag, bijvoorbeeld door het hebben van een ongezonde combinatie van slapen, minder fysieke activiteit, meer sedentair gedrag, een hogere inname van suiker bevattende drank en een vermindering van groente- en fruitinname, blijken een minder goede staat van welzijn te ervaren [118]. Mensen die een hoger scoren op het hebben van risicogedragingen, hebben dus een vergrote kans op het krijgen van gezondheidsproblemen.

3.1.2. stress als achterliggend mechanisme bij de connectie van risicogedragingen

Stress is een mogelijke achterliggende oorzaak die kan leiden tot risicogedrag. Uit onderzoek van Lee *et al.* (Lee 2018) komt naar voren dat stress bij mensen met een lage SES nauw verbonden is met het hebben van meerdere risicogedragingen [119]. Daarnaast blijkt dat zowel mensen met een hoge en lage SES stress ervaren, maar dat de ervaren stress uit andere bronnen komt en er anders mee wordt omgegaan. Bij lage SES komt stress veelal voort uit familieproblemen en financiële problemen, bij hoge SES komt stress vooral uit academische prestaties [119]. Ook bij de aanpak van Grip en Gezondheid wordt stress meegenomen als probleem die ervoor kan zorgen dat mensen gaan roken om met stress om te gaan, waarbij de financiën een centrale rol speelt [121]. Stress speelt dus een centrale rol bij risicogedragingen.

3.2.2 Inzetten op de verbonden risicogedragingen

Door deze verbondenheid kan het zijn dat er ook vooruitgang wordt geboekt op andere leefstijlgedragingen als er wordt ingezet op een. Het inzetten op bijvoorbeeld fysieke activiteit kan de mentale gesteldheid van mensen verbeteren. Mensen die regelmatig bewegen of sporten hebben een verminderde kans op depressie en angststoornissen [122]. Daarnaast heeft het positieve effecten op de mentale gezondheid en zorgt dit voor een verbetering in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen [64]). Echter kan het inzetten op maar een uiting van risicogedrag wellicht niet goed genoeg werken, waardoor de SEGVs niet worden verkleind.

Omdat risicogedragingen vaak samen voorkomen, is het nodig om dit mee te nemen in een interventie. Om hier op in te kunnen spelen, is het nodig om de prevalentie van risicogedragingen binnen de doelgroep duidelijk te hebben. Vervolgens kunnen er met behulp van een leefstijlinterventie en er preventieve maatregelen worden genomen in gezondheidsbeleid om gezondheidsproblemen te voorkomen [117]. Om hier vroegtijdig op in te kunnen spelen, kan het interessant zijn om risicogedragingen te clusteren. Het clusteren van risicogedrag kan bijdragen aan het inzichtelijk maken van de risico's die aanwezig zijn in de volledige populatie, als in aparte doelgroepen zoals lage SES [120]. Dit kan worden gebruikt om richting te geven aan interventies en gezondheidsbeleid. Hierbij kunnen er preventieve maatregelen worden genomen in gezondheidsbeleid om gezondheidsproblemen te voorkomen door vroegtijdig ingrijpen [117].

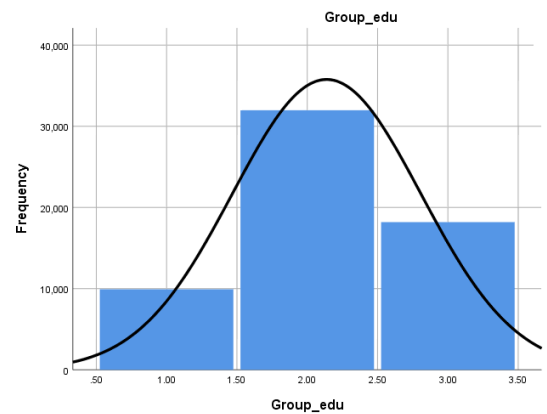
3.2 Analyse leefstijl in Fryslân

Om erachter te komen of in Fryslân ook meerdere risicogedragingen samen voorkomen, is een exploratief onderzoek gedaan naar leefstijl bij mensen met een lage SES binnen Fryslân. In deze paragraaf is met behulp van data van Lifelines geprobeerd om te identificeren of stress (of bepaalde bronnen van stress) vaker voorkomt bij mensen met een lage SES en wat de prevalentie van risicogedragingen is bij de doelgroep. Lifelines is een grote cohort studie en fungeert als biobank waaraan meer dan 10% van de Noord-Nederlandse populatie aan mee doet. Ze maken wetenschappelijk onderzoek naar gezonder ouder worden mogelijk [123]. Er wordt op verschillende momenten data verzameld. In dit exploratieve onderzoek is gebruik gemaakt van antwoorden op vragenlijsten die zijn afgenomen bij de baseline assessment. Deze zijn afgenomen tussen 2007 en 2014 [124].

3.2.1. Educatie en stress

Ten eerste is onderzocht hoeveel mensen onder een midden- hoog en lage educatie vallen. Hiervoor is een onderverdeling gemaakt in 3 groepen die overeenkomen met de onderverdeling zoals die in afbeelding 1 is weergegeven. Onder laag valt het basisonderwijs + vmbo (groep 1), onder middel valt Havo + vwo + mbo (groep 2) en onder hoog valt HBO + universiteit (groep 3).

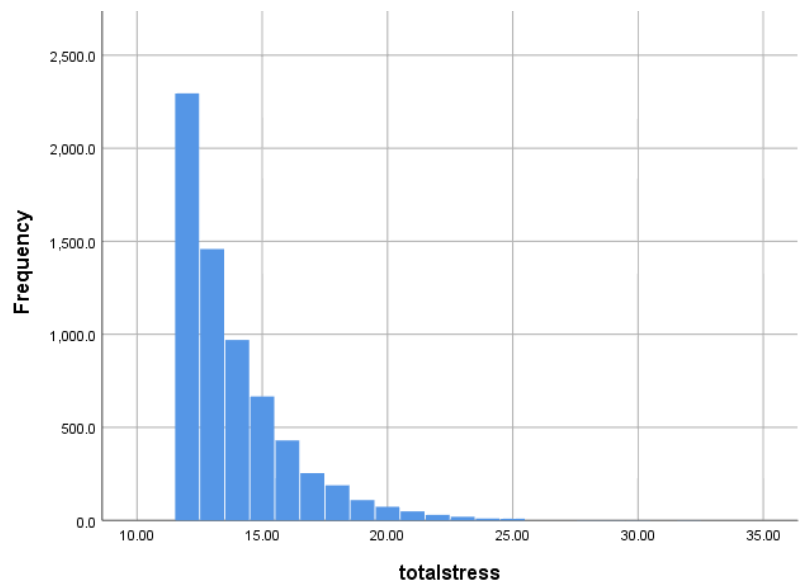
Met behulp van de vragenlijsten blijkt dat het merendeel van de Friezen die meewerkten aan het Lifelines onderzoek een midden-opleiding hebben (groep 2) (Figuur 17). Groep 1, de groep met lage educatie, heeft echter het minste aantal deelnemers. Dit komt niet volledig overeen met het beeld wat is geschetst in paragraaf 1.5.1. Daaruit blijkt dat het merendeel van de inwoners valt onder de groep ‘midden educatie’, maar onder de Friese bevolking zijn er minder hoog- dan laag opgeleiden. Binnen het Lifelines onderzoek ligt dit iets anders onder de deelnemers in Fryslân. Dit kan doordat mensen zich vrijwillig aanmelden voor het onderzoek, waardoor wellicht minder laag opgeleiden meedoen.



Figuur 17. Verdeling van educatiegroepen van deelnemers van het Lifelines onderzoek.

In hoofdstuk 2 staat beschreven dat chronische stress een hypothetisch achterliggend mechanisme kan zijn dat gezondheidsproblemen kan veroorzaken. Om eerst een beeld te krijgen van de hoeveelheid stress die wordt ervaren onder de Lifelines deelnemers, is er eerst gekeken naar de totaalscore van de Lifetime Diffculty Inventory (LDI) vragenlijst, een vragenlijst die 12 vragen bevat omtrent het ervaren van stress bij verschillende onderwerpen, zoals stress ervaren van de omgeving of financiële stress. Hier konden de participanten aangeven of ze weinig, een beetje of veel stress hebben ervaren bij bepaalde situaties. Deze zijn samengenomen en op basis hiervan is een grafiek gemaakt om de ervaren stress bij de deelnemers te schetsen. Hoe hoger de totaalscore van de LDI, hoe meer stress wordt ervaren.

Uit de exploratieve analyse blijkt dat verreweg de meeste mensen binnen het Lifelines onderzoek weinig stress ervaren (Figuur 18). Hoe hoger de totale stress score, hoe minder mensen.



Figuur 18. Ervaren stress bij deelnemers van het Lifelines onderzoek.

Om vervolgens te bekijken of mensen met een lage SES meer stress ervaren dan mensen met een hoge SES, zijn er 3 groepen gemaakt op basis van het gemiddelde van de totaalscores. Deze groepen zijn onderverdeeld in: geen, een beetje, en veel stress (in de tabel none, some en much) (Tabel 4). Uit de tabel blijkt dat mensen met een hogere SES iets meer ‘weinig stress’ ervaren (Tabel 4.). Het percentage dat veel stress ervaart is ongeveer gelijk over de SES groepen. Mensen met een lage SES ervaren, in dit exploratieve onderzoek, niet noodzakelijk meer stress. Er is ook gekeken of mensen met een lage SES misschien meer stress ervaren door de financiële situatie of de omgeving, maar dit bleek niet het geval (tabel niet meegenomen).

3.2.2. Leefstijl

In hoofdstuk 2 komt naar voren dat verschillende leefstijl risicogedragingen voorkomen bij mensen met een lage SES en blijkt dat leefstijlgedragingen vaak samengaan. Om te onderzoeken of deze leefstijlgedragingen ook vaker voorkomen bij het Lifelines cohort, is gekeken naar 6 leefstijlgedragingen; hoe vaak mensen minimaal 30 minuten per dag bewegen in vrije tijd (Leisure_days), hoeveel mensen slapen (sleep), hoe vaak mensen minimaal 30 minuten per dag sporten (Sport_days), hoeveel de SES groepen als geheel gemiddeld TV kijken (on average, how many hours per day do you spend watching TV?), hoeveel mensen roken (current smoker) en hoe gezond het dieet is van de groepen met behulp van de Lifelines Diet Score (LLDS) (percentile Group of EA_DIETSCORE). (Tabel 4).

Bewegen in vrije tijd

Om een beeld te krijgen van hoe actief mensen zijn in hun vrije tijd, is er gekeken naar hoeveel dagen in de week mensen minimaal 30 minuten per dag actief zijn. Op basis van Tabel 4, lijkt het alsof er weinig verschillen zitten in hoeveel dagen per week de SES groepen actief zijn in hun vrije tijd. In alle SES groepen komt naar voren dat de meeste mensen zeker 1 dag per week een half uur actief zijn. In alle groepen komt naar voren dat een deel van de mensen 7 dagen per week minimaal een half uur per dag actief is, dit lijkt iets hoger te liggen bij lager opgeleiden.

Slaap

Gemiddeld genomen hebben volwassenen voldoende aan 6-8 uur slaap [79]. Om te bepalen of mensen met een lage SES slechter slapen, zijn deze afkapwaarden gebruikt voor het definiëren van weinig of veel slapen. Uit het exploratieve onderzoek blijkt dat de meeste mensen binnen de lage SES tussen de 6 en 8 uur slapen. Dit geldt ook voor de andere SES groepen. Wel lijkt het alsof er iets meer mensen binnen de lage SES groep zowel minder dan- en meer dan 6-8 uur per dag slapen.

Sporten

Ook is er gekeken naar hoe vaak mensen per week minimaal een half uur sporten. Het blijkt dat mensen gemiddeld vaker 1 dag per week sporten (Tabel 4). Daarnaast blijkt dat mensen met een lage SES vaker 1 dag per week sporten dan mensen uit andere SES groepen. Ook blijkt dat mensen met een lage SES minder vaak 2 of meer dagen per week sporten. Dit ligt hoger bij mensen met een midden- en hoge SES.

TV kijken

Ook is er gekeken naar hoeveel uur per dag de doelgroep als geheel gemiddeld per dag TV kijkt. Hier kunnen dus individuele verschillen inzitten, maar dit is niet meegenomen. Over het algemeen blijkt dat mensen in de lage SES doelgroep gemiddeld 3 uur per dag TV kijken. Dit is 1 uur per dag meer dan het aantal uren dat mensen met een midden- en hoge SES spenderen.

Roken

Onder de deelnemers van het Lifelines onderzoek, blijkt dat het merendeel van de mensen niet rookt. Dit komt naar voren in alle SES groepen. Uit de tabel komt wel naar voren dat het percentage rokers onder de lage SES bij dit onderzoek iets hoger ligt dan het percentage rokers bij mensen met een midden- en hoge SES.

Dieet

Om vervolgens te onderzoeken of mensen met een lage SES minder gezonde producten eten, is met behulp van de LLDS gekeken naar voedselinname. De LLDS is een relatieve meting van voedselkwaliteit. Hierbij wordt er zowel gekeken naar inname van voedselgroepen die positieve effecten hebben op gezondheid (positieve voedselgroepen) en voedselgroepen die een negatief effect hebben op gezondheid. De positieve en negatieve voedselgroepen worden gescoord, opgeteld en onderverdeeld in groepen (voor meer informatie zie [125]). Groep 1 bevat de laagste dieetkwaliteit, groep 5 de hoogste.

Uit de tabel blijkt dat de percentages tussen voedselgroepen binnen de SES groepen niet veel van mekaar afwijken. Mensen met een lage SES vallen iets vaker onder de groepen met een slechter (groep 1 en 2) dieetkwaliteit dan mensen met een hoge SES (Tabel 4). De hoge SES lijkt een betere dieetkwaliteit te hebben dan mensen met een lage SES; 14,9% van de lage SES versus 20,9%. Hieruit blijkt dat er wel verschillen zitten tussen hoge en lage SES, maar of dit significant is moet worden onderzocht.

CONCLUSIE & DISCUSSIE EXPLORATIEF ONDERZOEK

Uit literatuuronderzoek blijkt dat risicogedragingen vaak samen voorkomen. Hierbij kan stress een belangrijke rol spelen. Mensen die meer stress ervaren hebben vaker meerdere risicogedragingen [119]. Om te onderzoeken of deze risicogedragingen ook vaker voorkomen bij de doelgroep, is met behulp van het Lifelines cohort geprobeerd om een beeld te schetsen van 5 belangrijke risicogedragingen. Omdat dit geen wetenschappelijk onderzoek betreft maar meer exploratief van aard is, kunnen er geen harde conclusies worden getrokken op basis van de data. Wel kan er worden gespeculeerd.

Uit de data komt naar voren dat de meeste mensen met een lage SES niet noodzakelijk meer stress ervaren. Daarnaast komen er geen grote verschillen naar voren tussen mensen met een hoge- en mensen met een lage SES. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van risicogedragingen.

Om vroegtijdig in te spelen op risicogedrag en daarbij ziekte te voorkomen, kan het interessant zijn om risicogedragingen te clusteren. Het clusteren van risicogedrag kan bijdragen aan het inzichtelijk maken van de risico's die aanwezig zijn in de volledige populatie, als in aparte doelgroepen zoals lage SES [120]. Dit kan worden gebruikt om richting te geven aan interventies en gezondheidsbeleid. Hierbij kunnen er preventieve maatregelen worden genomen in gezondheidsbeleid om gezondheidsproblemen te voorkomen door vroegtijdig ingrijpen [96]. welke risicogedragingen vaak samengaan bij mensen met een lage SES moet nog verder worden onderzocht en is geïnccludeerd als mogelijk vervolgonderzoek.

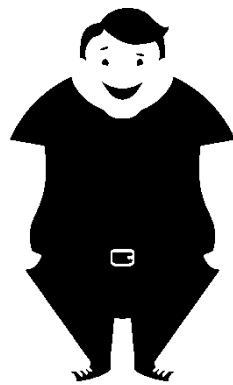
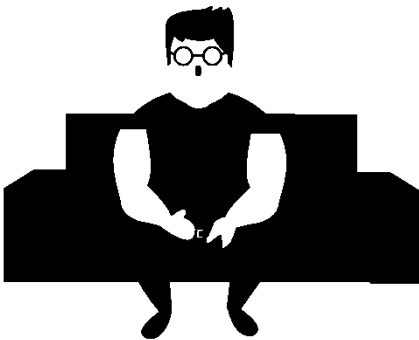
TABEL 4. LEEFSTIJLGEDRAGINGEN PER SES GROEP GEBASEERD OP EDUCATIE

| | | 1.00 | | | | 2.00 | | | | 3.00 | | | |
|---|---------------|-------|---------|------------|------|-------|---------|------------|------|-------|---------|------------|------|
| | | Count | Row N % | Column N % | Mean | Count | Row N % | Column N % | Mean | Count | Row N % | Column N % | Mean |
| Stress_tot_groups | none | 2195 | 24.0% | 35.0% | | 4749 | 51.9% | 22.0% | | 2206 | 24.1% | 17.7% | |
| | some | 4075 | 13.1% | 64.9% | | 16804 | 54.0% | 77.7% | | 10230 | 32.9% | 82.0% | |
| | much | 10 | 8.3% | 0.2% | | 71 | 58.7% | 0.3% | | 40 | 33.1% | 0.3% | |
| Leisure_days | 1 day/week | 2238 | 14.5% | 35.6% | | 8695 | 56.4% | 40.2% | | 4477 | 29.1% | 35.9% | |
| | 2 days/week | 770 | 11.0% | 12.3% | | 3619 | 51.8% | 16.7% | | 2596 | 37.2% | 20.8% | |
| | 3 days/week | 679 | 14.0% | 10.8% | | 2462 | 50.8% | 11.4% | | 1706 | 35.2% | 13.7% | |
| | 4 days/week | 564 | 16.3% | 9.0% | | 1790 | 51.7% | 8.3% | | 1105 | 31.9% | 8.9% | |
| | 5 days/week | 519 | 19.3% | 8.3% | | 1366 | 50.8% | 6.3% | | 805 | 29.9% | 6.5% | |
| | 6 days/week | 415 | 19.5% | 6.6% | | 1143 | 53.7% | 5.3% | | 569 | 26.8% | 4.6% | |
| | 7 days/week | 1095 | 22.5% | 17.4% | | 2549 | 52.4% | 11.8% | | 1218 | 25.1% | 9.8% | |
| sleep | less than 6-8 | 173 | 27.3% | 2.8% | | 324 | 51.2% | 1.5% | | 136 | 21.5% | 1.1% | |
| | 6-8 | 5547 | 14.9% | 88.3% | | 19836 | 53.4% | 91.7% | | 11736 | 31.6% | 94.1% | |
| | more than 8 | 560 | 21.3% | 8.9% | | 1464 | 55.7% | 6.8% | | 604 | 23.0% | 4.8% | |
| Sport_days | 1 day/week | 4906 | 18.4% | 78.1% | | 14614 | 54.7% | 67.6% | | 7202 | 27.0% | 57.7% | |
| | 2 days/week | 1041 | 10.2% | 16.6% | | 5217 | 51.1% | 24.1% | | 3960 | 38.8% | 31.7% | |
| | 3 days/week | 165 | 8.1% | 2.6% | | 1047 | 51.4% | 4.8% | | 824 | 40.5% | 6.6% | |
| | 4 days/week | 127 | 12.2% | 2.0% | | 548 | 52.6% | 2.5% | | 367 | 35.2% | 2.9% | |
| | 5 days/week | 25 | 11.5% | 0.4% | | 112 | 51.6% | 0.5% | | 80 | 36.9% | 0.6% | |
| | 6 days/week | 7 | 7.4% | 0.1% | | 62 | 66.0% | 0.3% | | 25 | 26.6% | 0.2% | |
| | 7 days/week | 9 | 17.6% | 0.1% | | 24 | 47.1% | 0.1% | | 18 | 35.3% | 0.1% | |
| On average how many hours per day do you spend watching TV? | | | | | 3 | | | | 2 | | | | 2 |
| current smoker | no | 4674 | 14.6% | 74.4% | | 16689 | 52.2% | 77.2% | | 10635 | 33.2% | 85.2% | |
| | yes | 1606 | 19.2% | 25.6% | | 4935 | 58.9% | 22.8% | | 1841 | 22.0% | 14.8% | |
| Percentile Group of EA_DIETSCORE | 1 | 1438 | 18.3% | 22.9% | | 4623 | 58.9% | 21.4% | | 1783 | 22.7% | 14.3% | |
| | 2 | 1518 | 16.1% | 24.2% | | 5241 | 55.6% | 24.2% | | 2672 | 28.3% | 21.4% | |
| | 3 | 1181 | 15.1% | 18.8% | | 4128 | 52.8% | 19.1% | | 2514 | 32.1% | 20.2% | |
| | 4 | 1210 | 14.4% | 19.3% | | 4293 | 51.1% | 19.9% | | 2894 | 34.5% | 23.2% | |
| | 5 | 933 | 13.6% | 14.9% | | 3339 | 48.5% | 15.4% | | 2613 | 38.0% | 20.9% | |

Row N% = percentage ten opzicht van totaal aantal deelnemers.

Column N% = percentage deelnemers binnen de educatiegroep.

HOOFDSTUK 4: LEEFSTIJLINTERVENTIES

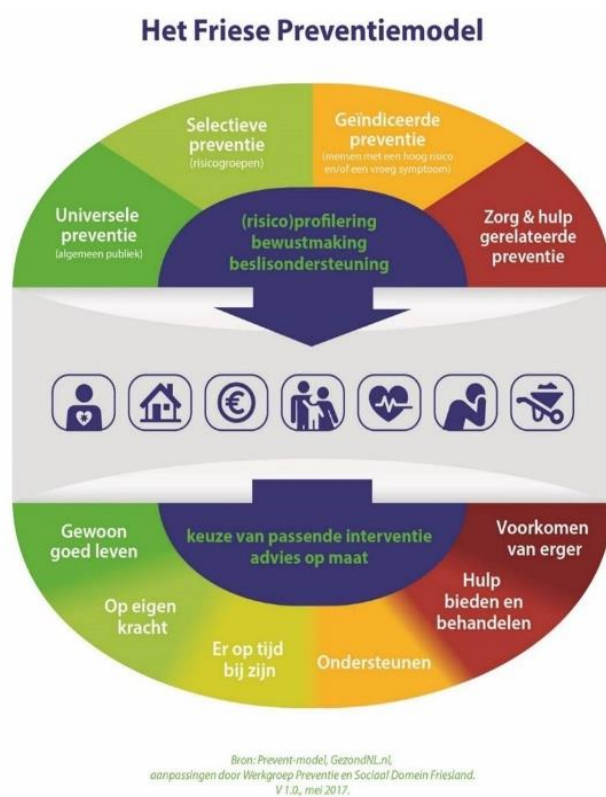


HOOFDSTUK 4

In dit hoofdstuk zal sub vraag 3 worden beantwoord: *Wat werkt in erkende interventies voor mensen met een lage SES?* Om dit te beantwoorden, wordt eerst omschreven welke preventiesoorten bestaan en waar deze voor dienen. Vervolgens wordt duidelijk gemaakt waar er nu nog tegenaan gelopen wordt met huidige interventies voor lage SES. Daarna volgt een beschrijving van de methode die is gebruikt om leefstijlinterventies te kiezen die specifiek geschikt zijn voor lage SES, die worden meegenomen in de analyse en wat de erkenningsniveaus zijn. Ten slotte wordt er een analyse uitgevoerd op de leefstijlinterventies, met het oog op uitzoeken van onderdelen die werken bij interventies voor lage SES. Deze uitkomsten worden meegenomen in het uiteindelijke advies.

4.1 Verschillende soorten preventies

Het verminderen van gezondheidsverschillen staat al jaren op de politieke agenda. Door bijvoorbeeld de inzet van leefstijlinterventies gericht op het verbeteren van de gezondheid van de mensen met een lage SES. Er zijn verschillende soorten interventies met elk een andere doelgroep (Figuur 19). De universele preventie is gericht op de totale gezonde bevolking of delen hiervan bevolking waarbij de gezondheid van de bevolking actief wordt bevorderd en beschermt. Selectieve preventie richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogt risico op ziekte of aandoening. Hiermee wordt geprobeerd om het komen tot ziekte te voorkomen van personen met één of meerdere risicofactoren. Geïndiceerde preventie richt zich op personen met beginnende klachten en heeft als doel het voorkomen van erger wordende klachten. Als laatste bestaat zorg gerelateerde preventie. Deze preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening met als focus het voorkomen van complicaties, beperkingen, lage kwaliteit van leven of sterfte [126].



Figuur 19. Het Friese preventiemodel. Afbeelding afkomstig van [23].

4.1.1. Preventieve leefstijlinterventies

Leefstijlinterventies zijn veelal selectieve preventieve interventies om te voorkomen dat de doelgroep niet komt tot ziekte. Om te komen tot een betere gezondheid, moet er worden ingezet op meerdere leefstijlgedragingen. Dit komt ook naar voren in een recent verschenen onderzoek van Dr. Eva Corpeleijn. Het inzetten op bijvoorbeeld alleen gezonde voeding om diabetes type 2 te verminderen bleek niet genoeg. Uit dit onderzoek bleek zelfs dat de kans op diabetes type 2 tussen SES groepen alleen maar groter werd na het verbeteren van het dieet [125]. Dit komt overeen met het rapport van de Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid (WRR), waarin naar voren komt dat SEGVs veelal groter worden door universele preventieve interventies. Daarnaast worden mensen in een lage SES vaak minder goed bereikt dan mensen in de hoge SES doelgroep [127]. Het is bij een interventie dus

belangrijk om in te zetten op een specifieke doelgroep. Als je een interventie hanteert die voor alle doelgroepen beschikbaar is, wordt er wellicht meer vooruitgang geboekt bij de deelnemers met een hoge SES dan bij mensen met een lage SES (Appendix IV). Door in te zetten op meerdere vlakken om tot een gezonder leven te komen voor de doelgroep door zowel in te zetten op biologische, psychologische en omgevingsfactoren kan de interventie succesvoller worden.

4.2 Probleem met huidige interventies

In 2010 heeft het RIVM een rapport uitgebracht over de effecten van leefstijlinterventies gericht op lage sociaaleconomische groepen [128]. In dit rapport werd de effectiviteit van leefstijlinterventies ter terugdringing van de SEGV onderzocht. Omdat de interventies zich hier niet specifiek op richten, maar zich richten op het bevorderen van gezondheid of op het verminderen van ongezond gedrag, kon er geen uitspraak worden gedaan over de reducering van de SEGVs. Hierdoor is gekeken naar de effectiviteit ten opzichte van de gestelde doelen. Echter blijkt dat er weinig interventies zijn die zich specifiek richten op de lage SES doelgroep [129] (Tabel 5). Dit geldt zowel voor rookinterventies (0 interventies), interventies gericht op alcoholgebruik (1 interventie), overgewicht (7 interventies), depressie (4 interventies), diabetes (3 interventies) en actieve leefstijl (5 interventies).

4.2.1 effecten veelal onbekend

In 2012 is er een onderzoek uitgevoerd door het RIVM naar de effecten van preventieve interventies waarin specifiek de verschillen tussen hoge- en lage SES aan bod kwam. Daarnaast werd er ook gekeken naar het bereik van de doelgroep. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Uit dit onderzoek blijkt dat er ook in de periode 2009-2010 nog weinig preventieve interventies gericht waren op lage SES [18]. In dit onderzoek zijn 314 preventieve interventies meegenomen die voortvloeiden uit meerdere thema's, waarvan maar een klein deel gericht is op lage SES. In hoeverre deze interventies de doelgroep bereikt is voor een groot deel van de preventieve interventies onbekend. Van de interventies waarin het bereik van de interventies wel bekend is blijkt er geen eenduidig antwoord te zijn over het bereik van lage SES [18].

Deze onderzoeken zijn gedaan om meer inzicht te krijgen in het bereik en de effecten van leefstijlinterventies op de lage SES doelgroep. Om inzichtelijk te krijgen welke interventies nu gedaan worden wordt ook in dit rapport bekeken welke leefstijlinterventies er tegenwoordig zijn die ook specifiek gericht zijn op de lage SES doelgroep. Er wordt gebruik gemaakt van erkende preventieve interventies om meer inzichten te krijgen in 'wat werkt voor mensen met een lage SES'. Om tot leefstijlinterventies te komen die passen bij dit onderzoek, is het nodig om eerst te definiëren wat we verstaan onder leefstijl, om vervolgens passende interventies te beoordelen. Deze erkende interventies zullen dan onderling worden vergeleken in aanpak, werkzame elementen en effectiviteit, om overeenkomsten te vinden in wat een interventie moet bevatten. Daarnaast wordt contact gelegd met professionals die nauw werken met de doelgroep, om inzichten te krijgen in de doelgroep, wat zij belangrijk vinden en wat volgens hun wel en niet werkt. Ook wordt contact opgenomen met gezondheidsbevorderaars en beleidsmakers om duidelijk te krijgen hoe het proces verloopt van het implementeren of aannemen van een interventie vanuit de GGD.

4.3 Erkende leefstijlinterventies in Nederland

4.3.1 wat valt onder leefstijl

Drie belangrijke onderdelen van leefstijl zijn voornamelijk roken, alcoholconsumptie en beweging/voeding met het oog op (over)gewicht. Omdat ook stress een belangrijke factor is en vaak aanwezig is bij mensen met een lage SES en omdat stress invloed kan uitoefenen op de bovengenoemde leefstijlgedragingen wordt dit, in ieder geval in dit hoofdstuk, meegenomen als een onderdeel dat onder leefstijl valt. Door het aanpakken van een van deze, of meerdere van deze, speerpunten kan gezondheidswinst behaald worden.

4.3.2 Welke leefstijlinterventies voor lage SES worden aangeboden in Nederland

Er zijn verschillende programma's in Fryslân gericht op het stoppen met roken (rookvrije generatie), het verminderen van alcoholgebruik (Nuchtere Fries) en het verminderen van overgewicht (Nuchter over Gewicht). Dit zijn universele programma's die ingezet kunnen worden voor de algehele bevolking. In Nederland bestaan er verschillende universele preventieaanpakken die ook kunnen worden ingezet voor mensen met een lage SES. Echter stoppen mensen met een lage SES vaker vroegtijdig met het meedoen met de interventie dan mensen met een hoge SES [130].

De interventies zijn gericht op verschillende thema's, zoals seksualiteit en beweging en zijn bedoeld voor verschillende leeftijden variërend van een interventie voor 12-14-jarigen tot een interventie voor 65-85. Ook zijn er interventies voor een brede leeftijdsgroep, van 18 tot 65 jaar of voor kinderen én volwassenen. In dit rapport wordt de focus gelegd op leefstijl, dus alleen interventies die hierop gericht zijn zullen worden meegenomen in de bespreking ervan. Om de leefstijlinterventies voor lage SES te vinden, is er gebruik gemaakt van meerdere leefstijlthema's die zijn gekozen op loketgezondleven (Tabel 5). Deze thema's zijn gekozen omdat ze nauw verbonden zijn met gezondheid of het ontwikkelen van gezondheidsproblemen of omdat deze thema's nauw worden geassocieerd met de lage SES doelgroep, dit geldt onder andere voor alcohol, diabetes en roken. Op basis van deze thema's en de doelgroep zijn er in totaal 36 interventies naar voren gekomen die voldoen aan één of meerdere thema's. Als de doelgroep niet wordt gespecificeerd, zijn er 226 resultaten die passen bij de opgegeven thema's. Dit zijn universele interventies waarin deze doelgroep niet specifiek wordt genoemd. Dit geeft weer dat er weinig preventieve interventies zijn die speciaal ontwikkeld zijn voor de doelgroep.

TABEL 5. THEMA'S VAN INTERVENTIES

| THEMA | AANTAL PER THEMA |
|---|-------------------------|
| Alcohol | 0 |
| Algemene gezondheid | 8 |
| Bloeddruk, cholesterol/ hart- en vaatziekten | 1 |
| Diabetes | 4 |
| Gezonde leefstijl | 16 |
| Gezondheidsverschillen | 19 |
| Lichamelijke activiteit | 22 |
| Overgewicht | 14 |
| Roken | 2 |
| Slaapproblemen | 0 |
| Stressklachten/spanning/werkstress | 1 |
| Verslaving | 2 |
| Voeding | 15 |

Van de 36 interventies die naar voren zijn gekomen door het selecteren van de in tabel 5 staande thema's in combinatie met de doelgroep lage SES vallen 7 interventies af. Deze vallen af, omdat deze interventies niet specifiek zijn voor de doelgroep of zich niet toespitst op leefstijl. Van de bestaande erkende leefstijlinterventies is het merendeel gericht op volwassenen en kinderen en hun ouders/verzorgen. Een klein deel van de interventies is gericht op ouderen (Tabel 6). Om erachter te komen wat nodig is om een interventie te laten slagen, is er gekeken naar de effectiviteit en de benoemde werkzame elementen van elke interventie.

Omdat het ook van belang is om te weten in hoeverre de doelgroep is betrokken bij het ontwikkelen van de interventie, wordt ook hiernaar gekeken. Interventies die zijn ontwikkeld samen met de doelgroep zouden een beter effect kunnen hebben omdat de wensen en belangen van de doelgroep worden meegenomen. Ten slotte wordt er ook gekeken welke leefstijlgedragingen worden meegenomen en of het aanpakken van stress in de aanpak is verwerkt. Omdat er in dit deel nadruk wordt gelegd op interventies voor kinderen en volwassenen, zullen de preventieve interventies voor ouderen niet apart worden besproken.

TABEL 6. ERKENDE LEEFSTIJLINTERVENTIES MET EEN OF MEERDERE THEMA'S

| Doelgroep | Naam | Erkenningsstatus | Erkend op |
|-------------------------|--|--|------------|
| Kinderen | Armoede en gezondheid van kinderen | Goed onderbouwd | 25-6-2015 |
| | B.Slim | Goed onderbouwd | 11-4-2019 |
| | Krachtvoer | Goede aanwijzingen voor effectiviteit | 25-3-2013 |
| | WIJS: Wat is Jouw Stijl | Goed onderbouwd | 4-2-2016 |
| Volwassenen | Be InterACTIVE – vrouwen, sport met ons mee | Goed onderbouwd | 2-4-2013 |
| | Bewegen werkt | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | 14-2-2019 |
| | Camper-Expeditie | Goed beschreven | 28-11-2019 |
| | Goedkoop gezonde voeding | Goed onderbouwd | 22-11-2018 |
| | Ik heb diabetes, wat kan ik doen | Goed onderbouwd | 7-6-2018 |
| | Klachtgerichte mini-interventie: minder stress | Goed onderbouwd | 1-10-2015 |
| | Lekker in je lijf | Goed onderbouwd | 16-4-2019 |
| | Liever bewegen dan moe | Goed onderbouwd | 16-3-2017 |
| | Nationale Diabetes Challenge | Goed onderbouwd | 14-5-2019 |
| | Samen Gezond Eten en Bewegen | Goed onderbouwd | 14-11-2019 |
| | Samen sportief in beweging | Goed onderbouwd | 18-4-2019 |
| | Scoren met gezondheid | Goed beschreven | 29-10-2017 |
| | Stapjefitter | Goed beschreven | 8-12-2016 |
| | Voel je goed! | Goed onderbouwd | 16-4-2020 |
| | Voel je vrij! Doorlopende groepstrainingen Stoppen met Roken | Goed onderbouwd | 29-3-2018 |
| | X-Fitt 2.0 | Goed onderbouwd | 13-6-2019 |
| Ouderen | NEW.ROADS | Goed onderbouwd | 18-4-2019 |
| | Sociaal Vitaal | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | 20-6-2017 |
| Kinderen en volwassenen | Buurtsportvereniging | Goed beschreven | 4-11-2017 |
| | Gewichtige Gezinnen Mini | Goed beschreven | 6-11-2018 |
| | Gezond kopen, gezond koken | Goed onderbouwd | 7-1-2019 |
| | Simpel Fit! | Goed onderbouwd | 7-2-2019 |
| | Sportclub als buurthuis van de toekomst | Goed beschreven | 27-11-2014 |
| | Voor je het weet zijn ze groOt | Goed beschreven | 11-12-2014 |
| | VoorZorg | Goede aanwijzingen voor effectiviteit | 1-10-2015 |
| Afgewallen interventies | Centering Pregnancy | Goed onderbouwd | 30-11-2017 |
| | Een kindje krijgen | Goed onderbouwd | 30-1-2019 |
| | Lang leve de media | Goed onderbouwd | 4-2-2016 |
| | Opvoeden & Zo | Goed onderbouwd | 24-6-2016 |
| | Schooljudo.nl | Goed onderbouwd | 18-11-2014 |
| | Sportkanjerclub | Goed beschreven | 23-4-2013 |
| | Stevig Ouderschap | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | 14-9-2017 |
| | NEW.ROADS | Goed onderbouwd | 18-4-2019 |
| | Sociaal Vitaal | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | 20-6-2017 |

4.3.3 Erkenningsniveaus van (leefstijl)interventies

In Nederland zijn meerdere erkende interventies, waarvan ook een selectie specifiek gericht op de lage SES doelgroep. Deze interventies zijn te vinden op de website van loketgezondleven [131]. Hier staan alle erkende leefstijlinterventies in Nederland⁴, erkend door het RIVM. De interventie wordt beoordeeld door praktijkprofessionals of door een erkenningscommissie, waarbij ze een erkenningsniveau krijgen toegewezen. De niveaus van erkenning zijn *Goed beschreven (0)*, *Goed onderbouwd(I)* en *Effectief*. Het laatste erkenningsniveau is opgedeeld in 3 niveaus, namelijk *eerste aanwijzingen voor effectiviteit*, *goede aanwijzingen voor effectiviteit* en *sterke aanwijzingen voor effectiviteit*. Voor meer informatie over de erkenningsniveaus verwijs ik naar de website van loketgezondleven [132].

Erkenningstraject

Om te worden erkend door de commissie moet er worden voldaan aan bepaalde eisen, afhankelijk van het erkenningsniveau [133]. Ten eerste moet een interventie voldoen aan inclusiecriteria, waaronder het als doel hebben om gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen [133]. Als daaraan wordt voldaan volgt een beschrijving van de interventie die wordt beoordeeld door een erkenningscommissie of naar praktijkprofessionals afhankelijk van het niveau van beoordeling [133]. Als er wordt ingezet op de erkenningsstatus *goed onderbouwd* of *effectief*, gaat deze naar een erkenningscommissie.

Voor de criteria *goed onderbouwd* en *effectief* worden additionele eisen gesteld in vergelijking met de criteria *goed beschreven*. Zo zijn er criteria voor de beschrijving van de interventie, waarin onder andere de doelgroep helder wordt beschreven en op welke manier de doelgroep betrokken (is geweest bij de ontwikkeling van de interventie [134]. De criteria voor de (theoretische) onderbouwing zijn bedoeld om onder andere het probleem te beschrijven waar de interventie zich op richt, met de factoren die de interventie aanpakt. Daarnaast worden ook de werkzame elementen (technieken of principes) van de aanpak benoemd en verantwoord [134].

Om een effectiviteitserkenning te krijgen zijn er additionele criteria opgenomen, waarin de bewijskracht van de studie van de interventie maar ook de kwaliteit en uitvoering van de interventie worden meegenomen. Deze zijn afhankelijk per niveau van effectiviteit. Voor *eerste aanwijzingen voor effectiviteit* is er minstens een lichte bewijskracht door voor- en na metingen, hier is geen controle conditie voor nodig. Voor *goede aanwijzingen voor effectiviteit* voorziet de opzet van het empirisch onderzoek in een minstens redelijke bewijskracht. Voor *sterke aanwijzingen voor effectiviteit* is er een minstens sterke causale bewijskracht door een onderzoek van hoge kwaliteit waarbij de studie(s) in de praktijk zijn uitgevoerd en een follow-up hebben van minstens 6 maanden. Er zitten dus verschillen in de bewezen effectiviteit afhankelijk van de graad van erkenning. Voor alle criteria verwijs ik naar de Samenvatting Criteria Erkenning van Interventies [134].

⁴ Dit betekent dat er ook andere leefstijlinterventies in Nederland beschikbaar zijn, echter is er geen zicht op deze interventies. Het is nodig om, wil men hier zicht op krijgen, te inventariseren bij elke gemeente welke preventieve leefstijlinterventies, of interventies gericht op een van in de tabel genoemde thema's, zijn aanbieden in hun gemeente.

4.4 Analyse van erkende leefstijlinterventies

Er zijn verschillende leefstijlinterventies voor lage SES die gericht zijn op kinderen, volwassen en kinderen en volwassenen (Appendix VII). In Appendix VII is een tabel opgenomen die is gebruikt voor de analyse van leefstijlinterventies. Op basis van de gekozen thema's (Tabel 5) zijn er vier interventies naar voren gekomen die specifiek gericht zijn op kinderen van de lage SES doelgroep, 15 voor volwassenen en zeven voor kinderen én hun ouders/verzorgen. Hieruit volgt een analyse waarin wordt gekeken welke onderwerpen worden geadresseerd, wat de werkzame elementen zijn (onmisbare onderdelen die zorgen dat een interventie werkt [135]) en wat de effectiviteit is van de leefstijlinterventies. Dan volgt een interpretatie over de kansen die er nog liggen voor een goed werkende leefstijlinterventie. Deze kansen zijn bepalend voor het advies.

4.4.1 De focus van leefstijlinterventies

Voeding/bewegen

In hoofdstuk 2 en 3 is er aandacht besteed aan leefstijlgedragingen die leiden tot gezondheidsproblemen. Een belangrijke factor die bijdraagt aan gezondheidsproblemen is overgewicht. Verreweg de meeste leefstijlinterventies voor zowel kinderen, volwassen en kinderen en hun ouders/verzorgers zetten in op het (veranderen van het) voedings- en/of beweegpatroon om overgewicht te verminderen bij de doelgroep. Bij interventies voor kinderen is het verminderen van overgewicht of het stimuleren van een gezonder eetpatroon met name het primaire doel. Bij interventies voor volwassenen zijn ook veel interventies die als primair doel hebben de fitheid/gezondheid te verbeteren waarbij ook wordt ingezet op het stimuleren van een gezonder beweeg- en eetpatroon. Vaak is dit een combinatie van zowel eten en bewegen. Ook wordt aandacht besteedt aan opvoedvaardigheden van ouders in interventies die zich richten op kinderen én volwassenen, met vaak als hoofddoel om gezond eten en meer bewegen te bevorderen bij de kinderen en ouders. De meeste interventies voor ouders en kind proberen daarnaast ook meer betrokkenheid te creëren of de sociale cohesie verhogen. Door te werken aan opvoedvaardigheden van de ouders, zodat de ouders gezondere keuzes maken voor zowel zichzelf als hun kind, wordt overgewicht onder deze kinderen tegengegaan. Naast het inzetten op overgewicht verminderen, wordt het veranderen van het beweeg- en/of eetpatroon ook ingezet voor andere doeleinden, bijvoorbeeld het beter handhaven van diabetes type 2 (Ik heb diabetes, wat kan ik doen) en het verminderen van somberheid en 'geen zin hebben om dingen te doen' (Liever bewegen dan moe). Dit zijn interventies die top-down kunnen worden ingezet vanuit een programma of kan worden aangeboden in huidige programma's.

Financiën/werk

Er zijn ook interventies die als uitgangspunt hebben om gezondheid te bevorderen die niet specifiek inzetten op een gezonder beweeg- en/of eetpatroon. *Armoede en gezondheid van kinderen* benadert dit doel door te kijken naar de deprivaties die voortkomen uit de financiële situatie en door hierop in te spelen. In hoofdstuk 3 en uit gesprekken is naar voren gekomen dat de financiële situatie veel effect heeft op iemands gezondheid. Deze interventie richt zich op het krijgen van financiële hulp zodat deprivaties door geldgebrek verminderd kunnen worden. Ook bij *Bewegen werkt* wordt als doel gesteld om fitheid te verbeteren, met als doel om mensen te laten stijgen op de participatieladder. Door fitheid als doel te stellen wordt er, veelal in groepsverband, gewerkt aan bewegen en voeding. Door het verbeteren van de fitheid en de sociale vaardigheden die worden vergaard wordt gewerkt aan de uiteindelijke doelstellingen. Dit wordt ook gedaan bij *Stapjefitter*. Door te werken aan onder andere een gezondere leefstijl wordt toegewerkt naar re-integratie bij uitkeringsgerechtigden.

Stress/roken/depressie

Naast bewegen en voeding is stress veelvoorkomend bij de lage SES doelgroep, met veel nadelige gevolgen (hoofdstuk 3 en 4). Echter zijn er geen interventies specifiek voor de lage SES doelgroep met als hoofddoel om stress te verminderen of ermee om te gaan. Alleen bij *Klachtgerichte mini-interventie: minder stress* wordt lage SES als subdoelgroep genoemd. Deze interventie zet in op het voorkomen of verminderen van overmatig stress. De prevalentie van stress is relatief hoog onder lage SES, echter zijn er geen interventies die zich specifiek richten op stress. Deze interventie is geschikt voor alle doelgroepen en richt zich op drie uitingen van stress, namelijk slaap, piekeren en stressklachten zoals spanning. Ondanks dat er relatief meer stress voorkomt bij de lage SES, is er maar 1 interventie die dit aanpakt die geschikt is voor lage SES. Dit geeft aan dat hier nog veel winst te behalen is.

Waar ook maar 1 interventie is voor de lage SES doelgroep is roken. Roken is een bekend probleem die veel voorkomt onder lage SES en is zeer verslavend, echter is er maar 1 interventie die zich focust op het stoppen met roken of het gestopt houden van ex-rokers. Geen erkende interventie, maar wel een veelbelovende methode is de stopcoach, voorheen stopAdvisor [136]. Deze is ontwikkeld voor én met mensen met een lage SES. Het is een gepersonaliseerde app die rokers helpt bij het stoppen met roken. Hierbij wordt wel genoemd dat de Stopcoach pas effectief kan zijn als er ook aandacht is voor problemen waar deze mensen tegenaan lopen, waar de Stopcoach aandacht voor heeft. In Engeland blijkt de Stopcoach al effectief, in Nederland wordt er nu een pilot gedraaid in 5 gemeenten, waaronder Weststellingwerf.

Conclusie 4.4.1

Het blijkt dat de meeste interventies zich primair richten op het terugdringen en/of het verminderen van overgewicht. Hierbij wordt veel ingezet op voeding, bewegen of een combinatie van deze twee. De interventies nemen veelal gedragsmethodes mee in hun interventie, maar multiproblematiek die vaak wordt gezien bij lage SES wordt niet vaak genoeg meegenomen. Zoals in hoofdstuk 2 en 3 is beschreven, komen meerdere leefstijlgedragingen vaak samen voor. De Stopcoach is een veelbelovende interventie om stoppen met roken tegen te gaan, waarbij aandacht is voor achterliggende problematiek. Dit is in lijn met het idee om meer impact te creëren door in te spelen op multiproblematiek. Dit zou een mogelijk positief effect hebben, met hierbij ook meegenomen de hypothetische achterliggende verklaring van chronische stress als een mogelijke determinant voor het ontwikkelen van gezondheidsproblemen. Daarnaast wordt in de recent erkende interventie *Voel je goed!* ingezet op een brede benadering om gezondheidsproblemen aan te pakken (Appendix VII).

4.4.2 De werkzame elementen van leefstijlinterventies

In de interventiebeschrijvingen worden werkzame elementen benoemd die bijdragen aan het succes van de interventie. Deze zijn niet hoofdzakelijk afhankelijk van het primaire doel. Een belangrijke voorwaarde om een interventie te laten werken is het betrekken van de doelgroep. Als dit niet gebeurt, kan het zijn dat de interventie het beoogde doel niet haalt [137]. Dit draagt bij aan de zelfregie van de doelgroep. Ze hebben zeggenschap over wat er met hen gebeurt en kunnen de interventie baseren op hun eigen normen en drijfveren [138]. Om dit te kunnen doen is een goede relatie tussen deelnemers en de mensen die de interventie uitvoeren nodig. Een goede relatie blijkt uiterst belangrijk in het wel of niet goed kunnen uitvoeren van een interventie, blijkt ook uit de interviews die gehouden zijn met meerdere professionals die in contact staan met de doelgroepen (Appendix VIII, IX, X, XI). Als er geen goede band is tussen uitvoerder en deelnemers, kan het zijn dat een interventie niet goed genoeg werkt. Het creëren van draagvlak blijkt ook belangrijk te zijn om een interventie te laten werken, wat aansluit bij het hebben van een goede relatie met de doelgroep.

Daarnaast wordt groepsverband vaak benoemd in de beschrijvingen van de interventies als werkzaam element. De groepen werken aan hetzelfde doel, dit wordt veelal in een vertrouwde omgeving gedaan. De omgeving waar de interventie plaatsvindt, is dus ook van belang. Als een interventie in een vertrouwde buurt wordt gehouden is de interventie toegankelijker voor de doelgroep en dit helpt mee aan het vergroten van de participatie, maar het is ook belangrijk om ook aandacht te schenken aan de individuele deelnemer. Ook komt de duur van de interventie regelmatig naar voren. Kortdurende interventies blijken werkzaam te zijn voor de doelgroep, echter blijkt dat niet alle kortdurende interventies werken. Afhankelijk van het doel moet er dus goed gekeken worden of een kortdurende interventie gewenst is.

Een lange-termijn follow up als onderdeel van de interventie kan ervoor zorgen dat (een groot deel van) de geboekte progressie behouden kan worden [139]. Ook kan het wellicht positieve effecten om aandacht te hebben voor een vervolgaanbod na de interventie. Dit komt ook als werkzaam element naar voren in meerdere interventies. Door hier aandacht aan te besteden wordt er goed gekeken wat na afloop van de interventie mogelijk is voor de deelnemers om toch actief te blijven. Met nazorg wordt in dit geval bedoeld een passende aanpak ter bevordering van- en behouden van de gemaakte stappen tijdens een interventie, door ermee verder te kunnen gaan met ondersteuning zonder het initiële programma. Er zijn een paar interventies die aandacht besteden aan nazorg in de vorm van een uitstroomprogramma waar aandacht wordt besteed aan beweegmogelijkheden. Deze nazorg blijkt goed te zijn voor de langetermijneffecten van de interventie. Interventies die geen lange-termijn follow-up of terugvalpreventie geven, kunnen mogelijk leiden tot terugval. Er moet dus worden ingezet op terugvalpreventie [140] om de effecten duurzaam te laten zijn.

Het bieden van een passend aanbod na de interventie blijkt een belangrijk te zijn onder de geïnterviewde en wordt ook genoemd bij meerdere leefstijlinterventies (Appendix VI). Nazorg in de vorm van een blijvend aanbod na de interventie moet beschikbaar zijn, omdat de interventie ophoudt maar de mensen er blijven wonen. Hier wordt aandacht in besteedt in de interventie *Voel je goed!*, waar aansluiting wordt gezocht bij al bestaande initiatieven. Door te werken aan behoud van de effecten wordt terugval kleiner en vallen mensen waarschijnlijk minder snel terug. Het bieden van nazorg of terugvalpreventie is nodig om de effectiviteit over een langere periode te behouden [141]. Terugvalpreventie wordt al aangeboden in de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), die sinds 2019

wordt vergoed in de basisverzekering. Dit wordt gedaan in het tweede jaar om geboekte resultaten te behouden [142]. Uit de interviews komt dus naar voren dat het nodig is om nazorg te bieden om een interventie optimale effecten te behalen en te behouden en het blijkt dat terugvalpreventie kan zorgen voor het behoud van effecten. Uit het interview met Samira van La Forsa bleek ook dat nazorg niet altijd passend was voor de mensen die meededen met haar programma (Appendix IX). Dit is een goed voorbeeld van het missen van nazorg. Door dit wel aan te bieden, kunnen de geboekte vooruitgangen worden behouden en wellicht worden verbeterd.

Een ander werkzaam element wat vaak terugkomt in de beschrijvingen van de erkende leefstijlinterventies is samenwerkingen met bijvoorbeeld externe partijen, zoals samenwerking met een zorgverzekering om de financiële barrière weg te halen voor de deelnemers. Dit wordt al gedaan voor de FPA, dus hier kan op worden voortgebouwd specifiek voor interventies van lage SES.

Een erg belangrijk werkzaam element is motivatie. Motivatie moet er zijn om mee te doen met een interventie. Zonder motivatie van de deelnemers werkt een interventie niet. Het is dus erg belangrijk om erachter te komen wat de deelnemers motiveert om actief bezig te gaan met de interventie. Dit wordt besproken onder het kopje 'betrekken van de doelgroep'.

Conclusie paragraaf 4.4.2

Deze werkzame elementen *het betrekken van de doelgroep bij de ontwikkeling van interventies, het implementeren van interventies in de eigen omgeving, groepsverband en vervolgaanbod* kunnen als randvoorwaarden worden meegenomen in het ontwikkelen van een multidisciplinaire interventie die gericht is op het verbeteren van de gezondheid van lage SES. Daarnaast blijkt lokaal dat het gewenst is om te zorgen voor een aanbod na de interventie. Deze werkzame elementen vormen een belangrijke basis om een interventie te laten slagen.

4.4.3 De effectiviteit van leefstijlinterventies

Om te worden erkend als effectief, moet een interventie voldoen aan meerdere voorwaarden, waaronder het inzichtelijk hebben van de effectiviteit. Afhankelijk van het erkenningsniveau, zijn er verschillende voorwaarden die meegenomen moeten zijn (paragraaf 4.3.3.). Het blijkt dat de meeste interventies voor lage SES *goed onderbouwd of goed beschreven* zijn. Dit betekent dat de criteria voor de beschrijving, verantwoording uitvoering, onderzoek naar de uitvoering, en voor *goed onderbouwd*, de criteria voor de (theoretische) onderbouwing worden voldaan. De effectiviteit komt veelal voort uit procesverslagen, effectenevaluaties of gebruikersevaluaties en er hoeft dus geen experimenteel onderzoek te zijn uitgevoerd die effectiviteit bewijst. Dit is wel nodig voor de erkenningsstatus *Effectief* met de erkenningsniveaus.

Wat duidelijk naar voren is gekomen uit de erkende leefstijlinterventies is dat de effectiviteit van deze interventies niet altijd duidelijk is door de gestelde criteria. Wat ook duidelijk naar voren is gekomen uit de erkende leefstijlinterventies is dat er veel wordt ingezet op voeding en beweging, maar dat de multiproblematiek niet voldoende wordt aangepakt in de in tabel... genoemde leefstijlinterventies. Hierdoor is er ook weinig bekend over de effectiviteit van interventies die multiproblematiek aanpakken. Het is dus nodig om een manier te vinden om de effectiviteit van een dergelijke interventie te kunnen meten.

4.5 Interpretatie analyse

4.5.1 Waar liggen kansen ter verbetering van leefstijlinterventies

Chronische stress

Wat duidelijk naar voren is gekomen in hoofdstukken 2 en 3 is dat chronische stress een belangrijke oorzaak is van gezondheidsproblemen en dat het een rol speelt bij risicogedrag. Het omgaan met stress speelt hier een grote rol in en hieruit komt naar voren dat stress een belangrijke factor is die ook zou moeten worden aangepakt om gezondheidsproblemen te verminderen. Ook uit de interviews met onder andere Prof. Dr. Jochen Mierau, Dr. Eva Corpeleijn en meerdere professionals die in contact staan met de doelgroep blijkt dat stress een enorme impact kan hebben op het dagelijks leven, functioneren én gezondheid van de doelgroep. Toch blijkt uit de data van Lifelines dat de meeste mensen die meedoen aan het onderzoek weinig stress ervaren. Ondanks deze bevindingen is het inzetten op stressreductie of op middelen die de stress (gedeeltelijk) kunnen wegnemen toch belangrijk omdat er veel relaties zijn met ongezond gedrag en stress. Het zou een goed beginpunt zijn om gezondheidswinst te behalen.

Uit de erkende interventies blijkt dat er weinig interventies zijn die er primair op gericht zijn om stress aan te pakken om gezondheidsproblemen te verminderen. Wel is er een interventie die zich richt op stressklachten en het verminderen ervan (Appendix VI). Stress kan zorgen voor risicogedrag. Door stress aan te pakken kan dit effect wellicht worden verminderd. Door technieken of manieren aan te leren om bijvoorbeeld om te gaan met stress, kunnen uitingen in het gedrag worden verminderd [143]. Daarnaast kan het aanpakken van stressoren ook een effect hebben op gezondheid. Uit de erkende interventies blijkt dat er niet wordt ingezet op het wegnemen of verbeteren van stress in relatie tot een lage SES. Ondanks dat stress een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van gezondheidsproblemen als obesitas, slaapproblemen en kunnen bijdragen aan overmatig drinken en roken, wordt er nog niet op ingezet in erkende leefstijlinterventies. Er is dus nog ruimte om een betere focus te creëren op het verwerken van het verminderen van stress in toekomstige leefstijlinterventies om de problematiek op via een bredere aanpak op te lossen.

Meerdere leefstijlgedragingen

Naast de achterliggende oorzaak van chronische stress, komt ook naar voren in hoofdstuk 3 dat meerdere leefstijlgedragingen vaak samengaan. Dit wordt nog weinig meegenomen in de uitwerking van huidige interventies. Ook hier is er nog ruimte om leefstijlgedragingen te identificeren en dit mee te nemen in de aanpak van toekomstige (of huidige) leefstijlinterventies.

Effectiviteit

Naast het inzetten op achterliggende problematiek, liggen er ook kansen bij het aantonen van effectiviteit. Dit kan echter lastig zijn omdat er soms doelen worden gesteld die nauwelijks of niet te meten zijn. Voor een interventie die multiproblematiek aanpakt, kan het ook lastig zijn om effectiviteit aan te tonen, wel is er een studie in Rotterdam waar een voorbeeld aan kan worden genomen. In Rotterdam wordt een aanpak gehanteerd die Multi problematiek aanpakt. De BeHealthyR (Grip en Gezondheid in het Nederlands) is een onderzoek naar het programma Grip en Gezondheid, waarbij

een studieprotocol beschreven is voor een RCT die de effectiviteit voor een interventie met meerdere componenten (multicomponent-interventie) [144]. Hierbij wordt ingespeeld op multiproblematiek met als hoofdonderwerpen roken, financiën en stress. De participanten zijn ingedeeld in verschillende groepen, waaronder een controlegroep. De controlegroep is nodig zodat de effecten van de interventie kunnen worden bekeken en dat deze niet per toeval voorkomen. In Grip en Gezondheid worden Nudges ingezet om mensen te stimuleren verder te gaan met de interventie [144]. Ter monitoring van de vooruitgang worden op verschillende tijdstippen data opgehaald over de voortgang in de vorm van vragenlijsten en fysieke testen om rookstatus en stress te meten. Deze studie kan als leidraad worden gebruikt voor het onderzoek of een soortgelijke leefstijlinterventie effectief is.

Naast een RCT is het ook mogelijk om effectiviteit op een andere manier te meten. Een RCT zou een manier kunnen zijn om effectiviteit te meten, maar is wellicht niet altijd mogelijk. Om toch effectiviteit te kunnen meten, kan er gebruik worden gemaakt van de ervaringen van de deelnemers en de geboekte resultaten. Dit kan bijvoorbeeld door observatieonderzoek, casestudieonderzoek of veranderingsonderzoek op basis van voor- en na metingen. Daarnaast kan het gedachtegoed 'positieve gezondheid' in worden gezet als een model waar vooruitgang op geboekt moet worden (Appendix VII). Door concrete doelen te stellen binnen de pijlers van positieve gezondheid, kan effectiviteit gemeten worden middels vragenlijsten en/of metingen. Hierin, het onderzoek doen naar effecten van de interventie, kan de AJSPPH en wellicht ook het FSP in worden betrokken.

Betrekken van de doelgroep

Het betrekken van de doelgroep is erg belangrijk om de interventie te laten aansluiten bij de cultuur en de wensen van de doelgroep waar de interventie voor wordt ingezet. Ook Pharos, hét kennisinstituut als het gaat om gezondheidsverschillen, geeft aan dat inwoners centraal moeten staan bij het aannemen van bijvoorbeeld gezondheidsbeleid [145]. Sommige interventies die genoemd zijn in Appendix VI zijn in samenwerking met de doelgroep ontwikkeld. Het overgrote deel van de interventies is ontwikkeld in samenwerking met professionals, die veelal dicht bij de doelgroep staan. Echter kan het zijn dat dit niet altijd aansluit bij de wensen (of problemen) van de mensen in de wijk. De interventies kampen veelal met weinig deelnemers, hier speculeer ik dat er wellicht weinig draagvlak is bij mensen in de wijk. Om de interventies goed te laten aansluiten bij de wensen van de inwoners in de wijk, is het nodig om betrokken te zijn bij de inwoners. Op deze manier kan er goed worden gemonitord waar de bewoners zelf behoefte aan hebben. Ook maakt een goede band met inwoners het mogelijk om samen met de doelgroep een interventie in te vullen of aan te nemen, wat ook zorgt voor draagvlak in de wijk, een werkzaam element. Dit zou dan kunnen zorgen tot meer participatie van wijkbewoners en wellicht tot betere resultaten met betrekking tot effectiviteit.

4.5.2 Obstakels voor het succesvol implementeren van leefstijlinterventies

Mogelijke intrinsieke belemmeringen bij de doelgroep

Door een interventie in te vullen door breed te kijken, ben je er nog niet. Uit de werkzame elementen blijkt dat het belangrijk is om de doelgroep te betrekken bij het ontwikkelen van interventies. Echter is het vaak lastig om de doelgroep te bereiken. Om dit te bereiken, is het ten eerste nodig om te begrijpen welke obstakels er zijn die de doelgroep weerhouden om te participeren. Uit een onderzoek gedaan in Gelderland en Limburg zijn verschillende obstakels naar voren gekomen die mensen uit de

lage SES doelgroep ervaren als het gaat om het hebben van een gezonde leefstijl. Het blijkt dat mensen met een lage SES vinden dat de huidige leefstijl een logisch gevolg zijn van de situatie waarin ze leven en dat een verandering in leefstijl in gang zou moeten worden gezet door feedback van het lichaam. Ook worden obstakels genoemd zoals geen tijd en energie, dat het geen gewoonte is, dat er geen motivatie is [127], dat het leven in de weg komt of dat er weinig effecten zijn bij anderen [146]. Motivatie speelt een belangrijke rol in het meedoen en volhouden van een leefstijlinterventie [17]. Echter blijkt dat mensen met een lage SES vaak minder gemotiveerd zijn om hun leefstijl aan te passen [127], [147]. Ook blijkt uit onderzoek dat mensen met een lage SES minder snel geneigd zijn om mee te doen aan preventieve leefstijlinterventies. Mensen zijn pas gemotiveerd als er gezondheidsklachten ontstaan door hun huidige leefstijl [127].

Mogelijke obstakels bij het implementeren van interventies

Naast de intrinsieke obstakels zijn er ook obstakels die het succesvol implementeren van een interventie kunnen hinderen. Deze obstakels hebben voornamelijk te maken met diversiteit binnen de lage SES en de omgeving van de lage SES. Verschillende groepen binnen lage SES hebben andere wensen, bijvoorbeeld verschillen in informatievoorziening en voorkennis van het onderwerp. Ook moet er rekening worden gehouden met het vermogen van de mensen die meedoen, die kunnen variëren. Ook worden er bepaalde inclusie- en exclusiecriteria gebruikt: die mogen wel en die mogen niet meedoen met de aanpak. Dit kan de hoeveelheid participanten beïnvloeden. Het is belangrijk dat de interventies vrij toegankelijk zijn voor de mensen, omdat het een obstakel kan zijn dat bepaalde individuen wel mee mogen doen, maar anderen niet. Omdat het belangrijk is om als groep bezig te gaan, is het belangrijk dat bijvoorbeeld familie of vrienden ook mee kunnen doen [130].

Mogelijke belemmerende omgevingsfactoren

Daarnaast zijn er omgevingsfactoren die ervoor zorgen dat interventies niet altijd goed werken of goed kunnen worden geïmplementeerd. Een voorbeeld is de financiële situatie die invloed heeft op voeding. De financiële kosten kunnen bijvoorbeeld voor een groot deel bepalen wat er wordt gegeten en dat simpelweg de omgeving niet uitnodigt tot een gezonde leefstijl [127]. Daarnaast is er veel ongezond voedsel aanwezig in lage SES wijken én in supermarkten en zijn er weinig plekken waar gezonde voeding kan worden verkregen [127], [146], [148]. Het verkrijgen van ongezonde voeding makkelijker [146], wat vervolgens is ingebed in de cultuur. Deze inbedding heeft ervoor gezorgd dat we in een obesogene cultuur leven die aanzet tot veel eten en weinig bewegen [148]. Bij voeding kan ook worden ingespeeld op perceptie, zoals bij de interventie *goedkoop gezonde voeding*, waar wordt ingespeeld op de perceptie dat gezond eten duur is [149]. Er wordt binnen de doelgroep namelijk vaak gedacht dat gezond eten duurder zou zijn dan wat ze normaal eten [146]. Door te mensen meer bewust te laten worden van de prijzen van voeding en laten zien dat gezonde voeding niet meer geld hoeft te kosten, kan dit bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid. Door de obstakels te bespreken die door de mensen wordt ondervonden, kan het effect om niet mee te doen worden weggenomen [150]. Dit kan alleen door probleem integraal aan te pakken.

4.5.3. Stressfactoren die belemmerend kunnen werken voor een leefstijlinterventie

In paragraaf 2.3.2 staat beschreven dat er meerdere stressoren zijn die ervoor kunnen zorgen dat mensen met een lage SES meer stress kunnen ervaren en daarmee het risico op gezondheidsproblemen kunnen vergroten. Door deze stressoren mee te nemen in een interventie die

zich richt op multiproblematiek, kunnen deze stressoren wellicht worden verminderd en hiermee gezondheidswinst worden behaald.

Financiële moeilijkheden worden benoemd als een van de belangrijkste factoren die stress kunnen veroorzaken. Dit kan te maken hebben met schulden of werkloosheid. Door professionals te includeren die gespecialiseerd zijn in schuldhulpverlening of het inzichtelijk maken van uitgaves of op een verhoging van de participatie op de arbeidsmarkt kan er gewerkt worden aan de financiële situatie. Hulp bij participatie op de arbeidsmarkt is nodig, omdat een groot deel van mensen die een WW ontvangen (een uitkering voor mensen die onlangs hun baan hebben verloren) doorstromen naar de bijstand[151]. Door dit ook als onderdeel mee te nemen in de aanpak, kan voorkomen worden dat mensen er financieel slechter voor gaan staan. Daarnaast kan het helpen om de financiële barrière weg te nemen door geen kosten te rekenen voor de deelnemers. Hiervoor moeten afspraken worden gemaakt over verdeling van de kosten door de samenwerkingspartners.

Er kunnen meerdere factoren een rol spelen bij het ervaren van stress bij de doelgroep. Het wegnemen van stressoren wordt niet meegenomen in een interventie. Door hier wel aan te werken als onderdeel van een bredere aanpak van de interventie om leefstijl te bevorderen dan verder te kijken dan alleen de leefstijlgedragingen, kan er domein overstijgend en multidisciplinair gewerkt worden. Echter vraagt dit maatwerk, omdat *coping* verschilt per individu. Daarom ben ik van mening dat een multidisciplinaire aanpak moet worden aangeboden, waarbij individueel maatwerk wordt geleverd binnen een interventie met een brede insteek waarbij wordt gekeken waar gebruik gemaakt van moet/wil worden gemaakt.

Omdat het niet altijd mogelijk is om stressoren weg te nemen, is het ook van belang dat mensen leren om te gaan met stress. Door het beter kunnen omgaan met stress, kunnen stressoren minder impact hebben op gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van de bestaande interventie *klachtgerichte mini-interventie minder stress*, die ook bedoeld is voor lage SES [152].

CONCLUSIE

Uit de analyse blijkt dat er veel preventieve interventies zijn, waarvan maar een deel specifiek gericht is op de doelgroep. Deze zijn hoofdzakelijk gericht op het verminderen van overgewicht en richten zich op gezonde voeding en meer bewegen. Een deel van de interventies wordt ontwikkeld met de lage SES doelgroep, maar hier kan nog winst op worden behaald. Ook blijken er verschillende belemmeringen te bestaan bij de doelgroep, zowel fysieke als intrinsieke. Door hier op in te spelen kunnen er wellicht betere effecten worden behaald, die kunnen worden gemeten door een studieprotocol te ontwikkelen. Het blijkt dat er niet altijd aandacht is voor de achterliggende problematiek die beschreven is in dit rapport, de verhoogde stress ervaring van de doelgroep. Dit heeft effecten op gezondheid en zou mogelijk een verbetering kunnen opleveren wanneer hier aan wordt gewerkt.

CONCLUSIE BEVINDINGEN RAPPORT

SEGVs zijn een probleem in Nederland, waar met het Nationaal Preventieakkoord wordt gewerkt aan het verbeteren van de gezondheid in Nederland [25]. Ook binnen Fryslân wordt gewerkt aan het verminderen van de SEGVs, waar het onderwerp in de FPA een belangrijk punt van aandacht is. Een veelbelovende hypothetische achterliggende oorzaak van gezondheidsproblemen bij mensen met een lage SES is het hebben van chronische stress. Stress heeft effect op gedrag, ontwikkeling van het brein en een rol in het ontwikkelen van verslavingen aan bijvoorbeeld voedsel en alcoholgebruik, maar kan het ook zorgen voor slechter slapen (en de gezondheidsproblemen daarvan).

Het verminderen van SEGVs vraagt om een brede, integrale aanpak, zoals ook in de FPA wordt benoemd. Om gezondheidsverschillen te verkleinen en gezondheid van de doelgroep te vergroten, is het nodig om interventies te ontwikkelen die specifiek zijn voor de doelgroep. Hierin is een aanpak alleen gericht op uitingen van leefstijl misschien niet voldoende. Er moet rekening worden gehouden met de achterliggende chronische stress die duidelijk in verband staat met risicogedrag en gezondheidsproblemen. Ook blijkt uit literatuur dat stress samenhangt met de hoeveelheid risicogedragingen en dus ook gezondheidsuitkomsten. Dit kan echter niet worden geconcludeerd uit de data-analyse, omdat dit een exploratief onderzoek behelst en er geen statistische analyses zijn uitgevoerd.

Door dit mee te nemen in een integrale aanpak kan het mogelijk zijn om niet alleen positieve effecten te behalen op gezondheid van mensen die in een lage SES groep behoren, maar wellicht ook op andere thema's die in de FPA beschreven staan in relatie tot lage SES.

Uit de analyse van leefstijlinterventies blijkt dat er niet altijd aandacht wordt geschonken aan achterliggende chronische stress. Chronische stress is nauw betrokken bij het ontwikkelen van gezondheidsproblemen en moet, naar mijn mening, worden meegenomen in leefstijlinterventies. Daarnaast worden er verschillende werkzame elementen genoemd, zoals het betrekken van de doelgroep en het meten van effectiviteit. Daarnaast komt er naar voren dat de doelgroep belemmeringen kan ervaren om mee te doen aan een interventie.

Om een goed erkende leefstijlinterventie vorm te geven voor mensen met een lage SES om SEGVs terug te dringen, is het dus van belang om meerdere onderwerpen mee te nemen. Dit zijn de werkzame elementen die naar voren komen in leefstijlinterventies, zoals het samenwerken met (externe) partijen, maar ook:

- Chronische stress als achterliggend mechanisme.
- De kennis dat leefstijlgedragingen samen gaan, en dus samen moeten worden meegenomen.
- De werkzame elementen uit de analyse van leefstijlinterventie toe passen, zoals samenwerken met externe partijen en het bieden van een passend aanbod na afloop van de interventie.
- Investeren in het meenemen en betrekken van/samenwerken met de doelgroep.
- Inzetten op het vormgeven van doelen voor effectiviteitsmetingen.
- De belemmerende factoren die de doelgroep kan ervaren.

DISCUSSIE & LIMITATIES RAPPORT

Tijdens de stageperiode is de FPA nog volop in ontwikkeling, waarbij er aan het eind van de stage een uitgewerkt van de FPA is geformuleerd. Binnen de FPA is er aandacht voor meer dan alleen ziekte, er wordt gefocust op een goede gezondheid en welzijn en gelijke kansen voor iedereen. Dit vraagt om meer dan alleen de speerpunten die in het NPA worden genoemd.

De FPA vormt een aangrijpingspunt om de SEGVs in Fryslân aan te pakken. Door de brede kijk op gezondheid, kan er integraal worden gewerkt aan het oplossen van gezondheidsproblemen, dit kan door het veranderen van leefstijlgedrag waar in dit onderzoek op is gefocust. Echter is het nodig om de achterliggende oorzaak/oorzaken van gezondheidsproblemen te onderzoeken en mee te nemen in leefstijlinterventies om uiteindelijk de doelen in de FPA te behalen.

Het ontstaan van SEGVs is een complex probleem en vraagt veel onderzoek naar biologische-, sociale-, en omgevingsfactoren. Er is nog geen eenduidig antwoord op het ontstaan van de SEGVs. Uit het onderzoek om achterliggende problematiek te identificeren komt naar voren dat Achterliggende chronische stress als een mogelijke achterliggende oorzaak van gezondheidsproblemen kan worden gezien die kunnen leiden tot SEGVs. Dit blijkt echter een correlatie, causaliteit is nog niet aangetoond. Wel blijkt dat mensen met een lage SES meer stresshormonen in hun lichaam hebben en vaker in situaties zitten die stress kunnen veroorzaken, zoals slechtere financiële problemen.

In Fryslân blijkt uit data van Lifelines dat er bijna geen verschil zit in de ervaren stress van mensen met een hoge en lage SES. Dit kan wellicht komen door de hoeveelheid mensen in de doelgroep. Er zijn geen statistische analyses uitgevoerd en er is niet voor gecorrigeerd. Deze resultaten zijn uitkomsten van een exploratief onderzoek om een beeld te schetsen van de inwoners van Fryslân.. Dit onderzoek is daarom niet wetenschappelijk van aard. Om goede conclusies te kunnen trekken, is het nodig om wetenschappelijk onderzoek te doen naar leefstijlclusteringen in Fryslân. Daarnaast blijkt maar een klein deel van de deelnemers van het onderzoek te bestaan uit de beoogde doelgroep, mensen met een lage SES. Om betere conclusies te kunnen trekken, is het wellicht nodig om, naast wetenschappelijk onderzoek, meer respondenten binnen de doelgroep te ondervragen.

Uit de analyse van de erkende leefstijlinterventies komt naar voren dat de meeste interventies als *Goed onderbouwd* of *goed beschreven* zijn erkend door het RIVM. Op basis van deze erkenningsniveaus blijkt het lastig te zijn om effectiviteit te bepalen van de interventies. Het onderzoeken van effectiviteit blijkt een heikel punt voor het aantonen van de werking van interventies.

Daarnaast blijkt dat het betrekken van de doelgroep, mensen met een lage SES, lastig is, ondanks dat het belangrijk is om de doelgroep te betrekken bij het aannemen van bijvoorbeeld gezondheidsbeleid en interventies die specifiek gericht zijn op de doelgroep [145]. Dit kan wellicht ook een valkuil vormen voor aanpakken binnen de FPA die als doel hebben om SEGVs te verminderen. Door dit goed in de gaten te houden, zou de valkuil vermeden kunnen worden.

In dit rapport is enkel een analyse uitgevoerd op erkende interventies zoals die beschreven staan op de website van loketgezondleven. Tijdens het congres 'Doen wat werkt in het sociaal domein' zijn er verschillende interventies naar voren gekomen die niet erkend zijn door het RIVM. Daarnaast zijn er veel interventies die niet in het zicht stonden tijdens dit onderzoek en waar veel winst op zou kunnen worden behaald. Door deze meer in kaart te brengen, kan hieruit wellicht informatie verzameld worden over 'wat werkt' binnen deze interventies. Dit kan zijn 'wat werkt' in het bereiken en betrekken van de doelgroep of 'wat werkt' in het meten van effecten. Door dit beter in kaart te brengen, kan er een groter overzicht worden gemaakt waarin wordt beschreven welke onderdelen van een interventie ervoor kunnen zorgen dat een interventie goed werkt voor de doelgroep, waarbij de doelen worden behaald.

In dit rapport is wel naar voren gekomen waar er nog winst op te behalen valt in het vormgeven van leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES. Door actief in te spelen op deze kansen, kan het zijn dat een leefstijlinterventie voor lage SES werkt in het behalen van doelen, het betrekken (en behouden) van de doelgroep en het behouden van de lange-termijn effecten.

Op basis van dit rapport zijn er verschillende bevindingen gedaan die kunnen bijdragen aan de kennis van de problematiek die wordt gezien bij mensen met een lage SES. Daarnaast kunnen de bevindingen worden meegenomen bij het vormgeven van leefstijlinterventies voor lage SES. Met de bevindingen die zijn gedaan kan een gegeven worden advies over wat er meegenomen moet worden in leefstijlinterventies of waar mee rekening mee gehouden moet worden bij het vormgeven van leefstijlinterventies of tot een geslaagde leefstijlinterventie te komen.

Antwoord op de vraag: Wat werkt in de Friese preventieaanpak bij leefstijlbevordering voor mensen met een lage SES?

Op basis van de geïdentificeerde mogelijke oorzaak van gezondheidsproblemen bij mensen met een lage SES, de informatie dat meerdere leefstijlgedragingen samengaan en op basis van de informatie die de analyse van de leefstijlinterventies hebben verschaft waar nog op kan worden ingezet, kan er advies worden gegeven over wat een leefstijlinterventie voor lage SES moet bevatten om succesvol te zijn en hoe dit aangepakt kan worden. Dit kan worden onderverdeeld in rand voorwaardelijke en inhoudelijke onderwerpen. Daarnaast worden, per onderdeel, suggesties gedaan over hoe hierop ingespeeld kan worden.

De rand voorwaardelijke eisen om een interventie vorm te geven zijn het leren kennen van de doelgroep, de interventie in de vertrouwde omgeving laten plaatsvinden, het hebben van een aanbod voor nazorg en het hebben van een meetwijze om de effectiviteit van de interventie te monitoren. Hier zijn samenwerkingen voor nodig met verschillende partijen. Dit moet worden gedaan alvorens een interventie wordt uitgevoerd. De inhoudelijke eisen zijn het meenemen van meer leefstijlgedragingen, het behandelen/leren omgaan met achterliggende stress(soren) en/of het wegnemen ervan en het inzetten op intrinsieke motivatie van de mensen.

Rand voorwaardelijk

Doelgroep betrekken

Inwoners moeten centraal staan bij het aannemen van gezondheidsbeleid [145] (paragraaf 4.4.2, 4.5.1). Dit moet ook gelden voor het ontwikkelen, aannemen en uitvoeren van leefstijlinterventies. Hiervoor moet de doelgroep worden betrokken. Hier kan bij GGD Fryslân nog veel winst worden behaald (appendix XII, paragraaf 4.5.1). maar dit kan alleen door de doelgroep eerst te leren kennen (Appendix XI), een band met de doelgroep is namelijk erg belangrijk. Ook is inclusiviteit belangrijk; iedereen moet kunnen meedoen [130] (paragraaf 4.5.2, Appendix V).

Contact maken en een netwerk opbouwen binnen de doelgroep is essentieel (Appendix IX, X, XI). Dit bereik je door als persoon veel tijd door te brengen in de wijk en gewoonweg in gesprek te gaan. Hierbij is het van belang om goed te weten wie je in contact laat komen met de doelgroep. Het is namelijk erg persoonsafhankelijk of er affiniteit en een klik is met en tussen persoon en doelgroep (Appendix VIII, IX, X, XI). Daarbij is van belang dat de tijd wordt gegund die ervoor nodig is, omdat er geen tijdspan aan kan worden gegeven (Appendix X, VII). Dit past binnen de werkwijze van GGD Fryslân (Appendix XII) Als dit is bereikt, kan er sociaal draagvlak en een vertrouwensband ontstaan binnen de doelgroep. Daarnaast kan het bijdragen aan het motiveren van mensen om mee te doen aan leefstijlinterventies. Door een goede relatie te hebben met de doelgroep is het mogelijk om te weten te komen wat de mensen graag zouden willen doen en wat hen motiveert. Er moet dus worden geïnvesteerd in het opbouwen én het behouden van relaties.

Door (beter) in contact te zijn met de doelgroep kan gesignaleerd worden welke aanpakken bij de behoefte van bewoners past en kan er beter advies worden gegeven over de interventies die nodig zijn.

Suggesties om doelgroep beter te betrekken/te leren kennen

Er zijn al programma's in Gemeente Smallingerland die de doelgroep goed betrekken. Hier kan ook uit worden geleerd. Er is gesproken met, Samira El Idrissi en Jerrel Ramdat, die ervoor zorgen dat mensen uit kwetsbare groepen meer gaan bewegen en er is gevraagd hun ervaringen te delen als het gaat om onder andere het bereiken van doelgroep (Appendix IX, X en box 3). Dit wordt veelal gebruikt in de omgeving of in andere gebieden zoals bij het veranderen van looproutes om mensen te stimuleren meer te gaan bewegen of het hebben van snoepvrije kassa's om impulsaankopen gezonder te maken [153]. Nudges kunnen ook ingezet worden bij het bereiken van mensen met een lage SES, door in te spelen op wat voor de doelgroep belangrijk is of door in te zetten op korte-termijn winsten [144]. Dat laatste kunnen verschillende dingen zijn, zoals kleine geldprijzen of vouchers. Nudges worden gebruikt in de aanpak 'grip en gezondheid' en Dit kan helpen de mensen te motiveren mee te laten doen én kan de uitval van deelnemers verkleinen.

Box 3. Twee voorbeelden uit Smallingerland

La Forsa. Samira El Idrissi van La Forsa heeft ervaring met de doelgroep en heeft haar ervaringen gedeeld. La Forsa is gericht op jonge meiden die vaak 'onzichtbaar' zijn en kampen met problematiek. Dit zijn vaak de mensen die wonen in lage SES wijken. Het doel van haar programma is om de meiden meer te laten sporten en hierdoor gewicht te verliezen, maar ook zekerder de zijn. In gesprek met Samira komt naar voren dat er eigenlijk weinig animo was van de deelnemers om te gaan sporten. Ze zag dat er weinig motivatie was vanuit de meiden om hun gedrag te veranderen naar een gezonder beweegpatroon. Door in te zetten op iets waar de jonge meiden ontzettend in geïnteresseerd waren, heeft ze het voor mekaar gekregen om de meiden toch te laten sporten als een soort tegenprestatie.

Sport058 samen sterk Jerrel Ramdat van Sport 058amensterk geeft aan dat motivatie een van de belangrijkste elementen is om een interventie te laten werken. Jerrel viel, volgens hemzelf, zelf onder de doelgroep waar hij zich nu actief voor inzet. Bij hem is de knop omgezet en is zelf ontzettend veel afgevallen. Hij is hierdoor een voorbeeld geworden voor vele anderen omdat hij in dezelfde situatie zit en het hem toch is gelukt. Dit laat zien dat andere mensen dit ook kunnen zonder inspraak van 'professionals' die alles van je willen. Zijn methode, door de mensen te triggeren en uit te dagen en hierbij intrinsieke motivatie te gebruiken, blijkt erg goed te werken.

Om de bewoners te betrekken bij de invulling van een aanpak ter leefstijlbevordering, kan gebruik worden gemaakt (van het netwerk) van het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN) (Appendix XI). Nick Kramer geeft aan dat het tijd kost om een band met de doelgroep op te bouwen. De HANNN heeft een jaar gewerkt aan het opbouwen van een netwerk binnen de doelgroep in gemeente Leeuwarden (Appendix XI). Door samen te werken met HANNN in het bereiken van de doelgroep door hetzelfde op te zetten in andere gemeenten kan het wellicht makkelijker worden om de doelgroep te bereiken. Echter is hier dus wel een flinke investering in zowel tijd als samenwerking voor nodig. Ook kan er gebruik worden gemaakt van professionals die dicht bij de doelgroep staan,

zoals opbouwwerkers. Deze kunnen helpen bij het opstellen van een plan om dichter in contact te komen met de doelgroep.

Omgeving aanpakken

Leefstijlinterventies moeten worden aangeboden in de eigen omgeving (paragraaf 4.4.2, 4.5.1). Hierbij is het nodig dat de omgeving uitnodigt tot bewegen en gezond eten. De fysieke leefomgeving wordt een barrière genoemd als het gaat om een gezond leefpatroon [127]. Het kan zijn dat de huidige leefomgeving van de lage SES slechter is en/of niet genoeg uitnodigt tot een gezonde leefstijl door bijvoorbeeld makkelijke toegang tot ongezond voedsel en een minder beweegvriendelijke omgeving (paragraaf 4.5.2., Appendix IV) [127], [146], [148]. Het veranderen van de fysieke leefomgeving is dus nodig, zodat het uitnodigt tot een gezonder leven. Echter blijkt uit een interview dat de leefomgeving in een wijk waar de SES status laag is, niet noodzakelijk slechter is dan de naburige wijken. Hieruit blijkt dat het veranderen van de omgeving alleen niet voldoende is, het moet ook bekend zijn binnen de wijk welke faciliteiten er zijn om gebruik van te maken (Appendix VII).

Suggesties om de omgeving te verbeteren

Om de omgeving aan te pakken, kan worden ingespeeld met de vernieuwde Omgevingswet die per 1 januari 2021 van kracht gaat. De nieuwe Omgevingswet zorgt voor een vereenvoudiging en samenvoeging van de regels voor ruimtelijke ontwikkeling [154], waarin ook als doel staat geformuleerd om veiligheid en gezondheid van de mens en zijn omgevingskwaliteit te beschermen. Hieronder valt ook de fysieke leefomgeving met uitgangspunten zoals infrastructuur, lucht en natuur [155]. Door de obstakels zoals een 'ongezondere' omgeving (deels) weg te nemen met als doel het bevorderen van de gezondheid, kan wellicht gebruik worden gemaakt van de wet- en regelgeving van de omgevingswet via een omgevingsplan. Daarnaast is het van belang om goede informatie te verschaffen aan de doelgroep om handvaten te geven over wat gezond is en wat er daarvoor in de wijk aanwezig is.

Vervolgaanbod aanbieden

Het is nodig om een passend aanbod aan te bieden na een leefstijlinterventie. Dit blijkt nog te ontbreken, sluit niet goed aan of blijkt gewoon te ontbreken (Paragraaf 4.4.2, Appendix VIII, IX, X, XI). Door ervoor te zorgen dat mensen worden ondersteund na de leefstijlinterventie, kan terugval worden voorkomen [141]. Daarnaast kan de gezondheid van de doelgroep blijvend vooruitgaan door een vervolgtraject aan te bieden in de vorm van sportaanbod in de wijk. Het blijkt zelfs dat in buurten waar meer sportaanbod is en meer gesport wordt, de zorgkosten naar beneden gaan [156].

Suggesties om het vervolgaanbod te verbeteren

De vorm van een passend aanbod na de interventie hangt af van de groep en de wensen van de groep, zoals naar voren kwam in de aanpak van Samira (Appendix IX). Hierbij is het dus nodig om goed in contact te staan met de doelgroep. Hier moet meer in worden geïnvesteerd. Daarnaast zou het kunnen helpen om de voorzieningen in kaart te brengen en aanvullen waar nodig. De huidige faciliteiten zijn veelal gericht op kinderen en jongeren (Appendix VIII).

Effectiviteit meten

Er is nog veel winst te behalen op het meten van effectiviteit (paragraaf 4.4.3). Het meten van effectiviteit is belangrijk, omdat hieruit bewijskracht kan worden gehaald om aan te tonen dat de leefstijlinterventie de opgestelde doelen behaald. Hiervoor is het nodig om experimenteel onderzoek te doen naar de leefstijlinterventie.

Suggesties om de effectiviteit te meten

Om de effectiviteit te meten, kan een voorbeeld worden genomen aan de BeHealthyR study, een studieprotocol die weergeeft hoe de effectiviteit gemeten kan worden van een leefstijlinterventie die inzet meerdere op leefstijlgedragingen [144]. Daarnaast kunnen pijlers van positieve gezondheid worden meegenomen. Deze moeten dan eerst worden geformuleerd als concrete doelen. In een leefstijlinterventie waar op meer wordt gefocust dan 1 onderwerp, kunnen meerdere uitgangspunten worden genomen waar doelen aan gesteld kunnen worden.

Inhoudelijk

Chronische stress

Om de gezondheid te verbeteren moet er inhoudelijk aandacht zijn voor de chronische stress die mensen in lage SES groep kunnen ervaren. Chronische stress kan namelijk zorgen voor risicogedrag die kunnen leiden tot gezondheidsproblemen, zoals slecht slapen en overgewicht/obesitas (Hoofdstuk 1). Door het meenemen van chronische stress als achterliggende problematiek dat gezondheidsproblemen kan veroorzaken, kan het zijn dat er betere effecten worden behaald dan wanneer er wordt gefocust op 1 of 2 gedragingen zoals voeding of voeding én beweging zoals dat nu gebeurt. Het is dus nodig om meerdere leefstijlgedragingen in een interventie aan te pakken. Hierbij moeten voeding, bewegen, alcoholgebruik en roken worden gezien als uitingen van gedrag.

Suggesties voor het meenemen van chronische stress

Het aanpakken van chronische stress door bijvoorbeeld handvaten te bieden voor het omgaan met stress. Het meenemen van chronische stress dient voornamelijk als onderbouwing van een leefstijlinterventie, waarin de problematiek wordt uitgelegd. Hierin wordt ook duidelijk waarom een interventie dit probleem aanpakt. Dit staat beschreven in hoofdstuk 1. Om stress aan te pakken, is het nodig om onderzoek te doen naar de stressoren die specifiek spelen bij de doelgroep. Paragraaf 2.3.2 geeft een aantal algemene stressoren weer die kunnen voorkomen bij de doelgroep. Door dit te onderzoeken en hierop in te spelen, kunnen de stressoren worden verminderd of worden weggenomen. Daarnaast kunnen handvaten worden waarbij wordt geleerd om te gaan met stress, zoals gebeurt bij de *klachtgerichte mini-interventie minder stress* waar door middel van psycho-educatie (informatie over de klachten), inzichten in slaapgedrag en het leren technieken om stress te verminderen stress-gerelateerde klachten kunnen worden verminderd [152].

Meerdere leefstijlgedragingen

Het blijkt dat meerdere leefstijlgedragingen vaak samengaan, daarom is het nodig om in een interventie verder te kijken dan naar 1 of 2 gedragingen. Door de verschillende uitingen van risicogedrag mee te nemen in een interventie, waarbij ook aandacht wordt besteed aan een mogelijke oorzaak van de risicogedragingen, denk ik dat de interventie meer impact heeft op de leefstijl van deelnemers. Dit wordt al gedaan in de aanpak van Grip en Gezondheid en dit blijkt een veelbelovende strategie te zijn met goede tussentijdse resultaten [121]. Onlangs is ook de interventie *Voel je goed!* erkend, waarbij ook een brede aanpak centraal staat. Het lijkt dus een veelbelovende manier van gezondheidsproblemen aanpakken en begint meer ingebed te worden. Daarnaast kan het zijn dat de deelnemers ook vooruitgaan op andere pijlers zoals die beschreven staan onder het gedachtegoed 'positieve gezondheid', maar dit is niet bekend en kan worden onderzocht.

Hoe kan er rekening gehouden worden met Meerdere leefstijlgedragingen?

Voor een leefstijlinterventie die inspeelt op meerdere leefstijlgedragingen is het nodig om te weten welke gedragingen voorkomen in de doelgroep en waar dit door komt [121], bijvoorbeeld door chronische stress als achterliggende problematiek (hoofdstuk 2). Vervolgens kan dit worden meegenomen in het uitwerken van de leefstijlinterventie. Om specifiek in te spelen op gedragingen die samengaan, is het nodig om onderzoek te doen naar leefstijlclusteringen.

belemmeringen

Mensen uit de doelgroep kunnen verschillende belemmeringen ondervinden die het meedoen en/of volhouden van een interventie bemoeilijken (paragraaf 4.5.2 en 4.5.3.), zoals fysieke belemmeringen of stressfactoren die deelname kunnen belemmeren. Mijn advies is om de belemmeringen waar mogelijk weg te nemen voor de leefstijlinterventie. Dit kan er mogelijk voor zorgen dat meer mensen meedoen aan de leefstijlinterventie en wellicht ook meer mensen de interventie afmaken.

Suggesties om belemmeringen aan te pakken

Er zijn meerdere obstakels in het bereiken en betrekken van de doelgroep bij de interventie, zowel bij de invulling als de uitvoer (denk aan deelname). Er zijn ook obstakels die het succesvol afronden of behouden van geboekte resultaten kunnen belemmeren (leefomgeving). Door een vervolgetraject aan te bieden in de vorm van sportaanbod in de wijk, kan de gezondheid van de doelgroep blijvend vooruitgaan. Het blijkt zelfs dat in buurten waar meer sportaanbod is en meer gesport wordt, de zorgkosten naar beneden gaan [156]. Dit kan wellicht een investering op lange termijn rendabel maken, echter is dit nog niet duidelijk. Hier moet meer onderzoek naar gedaan worden.

Daarnaast kunnen er binnen het kader van de omgevingswet aanpassingen worden gedaan om de fysieke leefomgeving gezonder te maken. Wellicht kan het wegnemen van obstakels ervoor zorgen dat de interventie beter kan worden uitgevoerd en dat er meer deelnemers worden betrokken. Of een obstakel kan worden weggenomen is echter afhankelijk van de middelen die er bestaan die het wegnemen van barrières mogelijk maakt. Daarnaast kan er amen met de doelgroep gekeken worden wat hen er nog meer van weerhoudt om een leefstijlinterventie succesvol af te ronden.

Motivatie

Er moet inhoudelijk ruimte zijn om de motivatie van mensen te behouden, omdat de intrinsieke motivatie voor preventieve leefstijlinterventies vaak mist [127],[17]. Door inhoudelijk aandacht te besteden aan wat de mensen motiveert kan er meer resultaat geboekt worden, want intrinsieke motivatie is essentieel voor de lange termijn [150].

Suggesties om de motivatie te verbeteren

Om de doelgroep te motiveren, is het nodig om de doelgroep te leren kennen. Pas als er een vertrouwensband is en een netwerk is opgebouwd, kan er worden geïdentificeerd wat de doelgroep zou willen en wat hen motiveert. Dit komt ook naar voren in de voorbeelden van Smallerland (box 3.). Daarnaast kan bij het motiveren van mensen ook nudging worden ingezet die worden genoemd bij het blokje *doelgroep betrekken* [157]. Daarnaast kan worden geleerd van de aanpak van Samira en Jerrel (Box 3., Appendix IX, X).

Samenwerken

Dit advies vraagt om samenwerkingen tussen verschillende partijen en een systemische aanpak. Hierbij is het nodig om te richten op langdurige samenwerkingen waardoor het bieden van de interventie eveneens als een vervolgaanbod mogelijk wordt gemaakt.

Binnen de FPA zijn er al verschillende samenwerkingspartners en mogelijke samenwerkingspartners geïdentificeerd. Hierop kan ook worden ingespeeld voor de uitwerking van het advies. Naast dat samenwerkingen essentieel is voor uitwerken van dit advies, wordt samenwerken ook benoemd in de werkzame elementen van leefstijlinterventies (paragraaf 4.2.2.). In dit hoofdstuk worden mogelijke samenwerkingspartners beschreven die van invloed kunnen zijn op (een van de punten van) de aanbevelingen.

MOGELIJKE SAMENWERKINGSPARTNERS OM UITWERKING TE GEVEN AAN HET ADVIES

Binnen de FPA zijn er al verschillende samenwerkingspartners en mogelijke samenwerkingspartners geïdentificeerd. Hierop kan ook worden ingespeeld voor de uitwerking van het advies. Naast dat samenwerkingen essentieel is voor uitwerken van dit advies, wordt samenwerken ook benoemd in de werkzame elementen van leefstijlinterventies (paragraaf 4.2.2.). In dit hoofdstuk worden mogelijke samenwerkingspartners beschreven die van invloed kunnen zijn op (een van de punten van) de aanbevelingen. Deze samenwerkingspartners kunnen allemaal een rol hebben bij de uitwerking van een leefstijlinterventie en invloed hebben op delen van het advies (Appendix XII).

Een belangrijke samenwerkingspartner is de doelgroep. Echter is deze lastig te bereiken en is het dus nodig om in te zetten op andere samenwerkingen om uiteindelijk zelf de doelgroep te bereiken. Het is hierbij goed om samen te werken met mensen die al een netwerk hebben binnen de doelgroep. Dit zijn bijvoorbeeld buurtwerkers, maar ook het HANNN. HANNN is al een partner binnen de FPA [24]. Met hun expertise om een netwerk op te bouwen bij de doelgroep, kan er vooruitgang worden geboekt op het betrekken en bereiken van de doelgroep (Appendix XI). Zij kunnen hun expertise gebruiken om deze trend voort te zetten in andere gebieden.

Ook een zorgverzekeraar kan een samenwerkingspartner zijn binnen het aanbieden van leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES. De zorgverzekeraars hebben binnen de Zvw de opdracht tot het afstemmen van de wijze waarop zij hun verantwoordelijkheden uitvoeren. Er moet dus gekeken worden met samenwerkingspartners en zorgverzekeraar hoe dit opgenomen kan worden binnen de Zvw [47]. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld vergoeding van een diëtiste faciliteren, om de doelgroep handvaten te geven bij gezonde voeding of een psychologe bij het omgaan met stress, zorgverzekeraar De Friesland is al een samenwerkingspartner binnen de FPA en hier kunnen eventueel additionele afspreken mee worden gemaakt [24].

Om de omgeving sport- en beweegvriendelijker te maken, kan er fysiek worden gekeken samen met de gemeenten (waarmee al wordt samengewerkt voor het plan van de FPA) waar/ in welke lage SES wijken de sport- en beweegplekken nog verbeterd kunnen worden. Hier kan ook worden samengewerkt met (lokale) sportaanbieders. Door samen te werken met (meerdere) sportaanbieders binnen de interventie, kan er wellicht meer geïnvesteerd worden in een divers sportaanbod in de buurt. Dit kan deels worden gedaan met de huidige samenwerkingspartners binnen de FPA [24]. Dit kan wellicht ook helpen bij het behouden van geboekte resultaten tijdens de interventie, door het sportaanbod blijvend aan te bieden voor deelnemers. Hierbij wordt direct gezorgd voor een aanbod na afloop van de interventie.

Supermarkten spelen een belangrijke rol in het voedselaanbod. Door hun positie in de samenlevingen kunnen (lokale) supermarkten ook bijdragen aan het verbeteren van mensen hun leefstijl. Er kan worden gekeken met supermarkten of er mogelijkheden zijn tot samenwerking om een gezonde leefstijl te stimuleren ofwel te beïnvloeden door sponsoring of veranderingen binnen de supermarkten zoals Nudges om bijvoorbeeld impulsaankopen bij de kassa gezonder te maken [153]. Dit kan een

positieve invloed hebben op de obstakels die de doelgroep ondervinden, zoals dat het voedselaanbod veelal ongezond is [127], [146], [148].

Het UWV kan een mogelijke samenwerkingspartner zijn. Door samen te werken met het UWV binnen een leefstijlinterventie, kan er worden gewerkt aan het verhogen van arbeidsparticipatie van de doelgroep en re-integratie van mensen die lange tijd afwezig waren op de arbeidsmarkt (paragraaf 1.5.1). Ook kan de doorstroom van WW naar bijstand wellicht worden verkleind door in te zetten op participatie [151]. Het verhogen van arbeidsparticipatie kan vervolgens ook positieve effecten hebben op de financiële situatie van de deelnemer en de inkomensverdeling in Fryslân.

Ook kan er gebruik worden gemaakt van maatschappelijke ondersteuning om ondersteuning aan te bieden in financiën. Dit kan ondersteund worden door buurtwerkers. Dit vergt een goede samenwerking tussen de verschillende partijen. Echter blijkt, uit een interview, dat professionals in de buurt het erg druk hebben (appendix IV). Het is dus belangrijk dat de samenwerking soepel verloopt, en eventueel in het kader van de interventie een extra professional wordt aangesteld die hiermee aan de slag gaat. Deze professional kan vervolgens ook de schakel zijn tussen de maatschappelijke ondersteuning die wordt geboden door maatwerk en de overige partners in de interventie. Daarnaast kan hulp bij de financiële situatie op zich al positieve effecten met zich meebrengen [158], blijkt uit een pilotstudie die is gedaan bij bijstandsgerechtigden in meerdere gemeenten. Deze studie legt de regie bij de persoon en het blijkt dat extra hulp en begeleiding als zelf in actie gaan goed werkt voor lager opgeleiden [159].

Ook de Gemeenten kunnen een rol spelen in het verbeteren van de financiële situatie door bijvoorbeeld een financiële prikkel. Een financiële prikken voor mensen in de bijstand blijkt positieve effecten hebben op arbeidsparticipatie [158]. Het aanpakken van de financiële situatie door de regels te versoepelen voor mensen in de bijstand blijkt dus een positief effect te hebben op arbeidsparticipatie én op pijlers van gezondheid zoals die beschreven zijn door Machteld Huber. Een financiële prikkel zou mogelijk ook kunnen werken in de brede aanpak voor het verbeteren van leefstijl in de multiproblematiek aanpak en wellicht positieve effecten behalen op gezondheid. Daarnaast kan de combinatie van extra hulp en zelfregie (zelf kiezen waar ze hulp bij willen) en een financiële prikkel kunnen worden meegenomen voor meer dan alleen het wegnemen van financiële barrières.

Door een samenwerking aan te gaan met deze partijen kunnen ook belemmeringen worden weggenomen (Paragraaf 4.5.2 en 4.5.3 & Advies). Door (een deel van) deze obstakels weg te nemen en door de stimulering van een gezonde omgeving kan het makkelijker zijn voor mensen om mee te doen met een interventie.

Om vervolgens aan te tonen of de interventie werkt, is het nodig om een studiemethode op te stellen die effectiviteit kan meten. Dit kan in RCT vorm zijn, of op een andere manier zoals door gebruik te maken van pijlers van *positieve gezondheid*. In mei is door het *Institute for positive health* een project gestart om een meetinstrument te ontwikkelen om projecten vanuit een brede benadering van gezondheid te evalueren [160]. Dit zou kunnen worden meegenomen in het meten van de behaalde effecten. Het ontwikkelen van een studiemethode zou kunnen worden belegd bij het AJSHP en/of het onafhankelijk kennisinstituut in Fryslân, het FSP.

MOGELIJKE VERVOLGONDERZOEKEN DIE VOORTVLOEIEN UIT DIT RAPPORT

De aanbevelingen die worden gedaan in het advies geven ruimte tot nieuwe onderzoeken. Hieronder volgen een paar vragen die voortvloeien uit het advies. Deze vragen zijn bedacht door mezelf en lijken mij interessante vraagstukken. Mede hierom heb ik deze vragen nog toegevoegd aan dit rapport, om als inspiratie te dienen voor mogelijke onderzoeken. Bij de vragen wordt ook aangegeven bij wie dit eventueel belegd zou kunnen worden of hoe dit onderzocht kan worden.

Hoe kunnen we de doelgroep het beste bereiken/hoe kunnen we het beste samenwerken met de doelgroep?

Deze vraag is cruciaal om de doelgroep goed te kunnen betrekken bij het ontwikkelen van leefstijlinterventies. Dit zou een vervolgonderzoek kunnen zijn die als bijvoorbeeld afstudeeropdracht kan dienen.

Welke leefstijltyperingen gaan er samen in Fryslân bij lage SES? Kunnen deze worden geclusterd?

Deze vraag kan worden belegd bij onderzoeksinstituten zoals het Fries Sociaal Planbureau, de AJSPH of bij studenten. Door deze vraag te beantwoorden, kan duidelijk worden gemaakt wat er precies speelt. Dit kan worden gedaan door een nieuw onderzoek op te zetten (of waar mogelijk) te includeren in huidige onderzoeken zoals de gezondheidsmonitor van de GGD of het FSP. Dit kan als basis dienen voor gezondheidsbeleid. Een ander idee die hierop volgt is om vervolgens over tijd te volgen of de clusteringen veranderen (middels het gezondheidsbeleid).

Hoeveel zouden preventieve leefstijlinterventies kunnen opleveren (gezondheid/geld)

Een andere interessante vraag is hoeveel preventieve leefstijlinterventies kunnen opleveren. Dit kan zijn in termen van geld, aangezien een preventieve leefstijlinterventie een investering vergt, bijvoorbeeld hoeveel geld zouden we kunnen besparen aan toekomstige ziektekosten bij het succesvol afronden van een leefstijlinterventie?

Een andere vraag zou kunnen zijn is hoeveel gezondheidswinst een preventieve leefstijlinterventie oplevert voor een individu, hierin zouden pijlers van positieve gezondheid meegenomen kunnen worden.

Hoe kunnen we effectiviteit van leefstijlinterventies meten?

Om inzichten te krijgen in de effectiviteit, is dit een belangrijke vraag om te beantwoorden. Een dergelijk studieprotocol kan worden ontwikkeld door bijvoorbeeld de AJSPH of het FSP, maar zou eventueel ook als een opdracht voor een groep studenten dienen om na te denken hoe we op een (creatieve) manier effectiviteit kunnen meten.

REFERENTIES

- [1] Pharos, "Factsheet / juli 2019 Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (SEGV) Sociaaleconomische status en gezondheid," 2019.
- [2] "Sociaaleconomische status | Regionaal & Internationaal | Regionaal | Volksgezondheidszorg.info." [Online]. Available: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/regionaal-internationaal/regionaal#definities>. [Accessed: 01-Jun-2020].
- [3] D. Broeders, D. Das, R. Jennissen, W. Tiemeijer, and M. Visser de, "Van verschil naar potentieel Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen," *WRR Policy Br.*, p. 46, 2018.
- [4] "Missie - De Friesland - Zorgverzekeraar." [Online]. Available: <https://www.defriesland.nl/over-de-friesland/onze-organisatie/missie>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [5] M. Marmot, "Social determinants of health inequalities," *Lancet*, vol. 365, no. 9464, pp. 1099–1104, 2005.
- [6] A. Ahmad and S. Gadgeel, *Lung Cancer and Personalized Medicine. Current Knowledge and Therapies*, vol. 890, 2016.
- [7] L. X. Clegg *et al.*, "Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage and end results: National Longitudinal Mortality Study," *Cancer Causes Control*, vol. 20, no. 4, pp. 417–435, 2009.
- [8] A. Lundqvist, E. Andersson, I. Ahlberg, M. Nilbert, and U. Gerdtham, "Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe - A systematic review and meta-analysis," *Eur. J. Public Health*, vol. 26, no. 5, pp. 804–813, 2016.
- [9] A. M. L. Sheng, M. Christopher, "Socioeconomic Status and Breast Cancer Treatment," *Physiol. Behav.*, vol. 176, no. 1, pp. 100–106, 2016.
- [10] H. Kolb and S. Martin, "Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes," *BMC Med.*, vol. 15, no. 1, pp. 1–11, 2017.
- [11] A. Espelt *et al.*, "Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Europe," *Gac. Sanit.*, vol. 27, no. 6, pp. 494–501, 2013.
- [12] Z. Xu, D. Yu, X. Yin, F. Zheng, and H. Li, "Socioeconomic status is associated with global diabetes prevalence," *Oncotarget*, vol. 8, no. 27, pp. 44434–44439, 2017.
- [13] M. C. C. Poortvliet, C. T. M. T. M. Schrijvers, and C. A. A. Baan, "Diabetes in Nederland," *RIVM Rapp. 260322001*, p. 62, 2007.
- [14] F. Reiss, A. K. Meyrose, C. Otto, T. Lampert, F. Klasen, and U. Ravens-Sieberer, "Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study," *PLoS One*, vol. 14, no. 3, pp. 1–16, 2019.
- [15] D. Weinberg, G. W. J. M. Stevens, E. L. Duinhof, and C. Finkenauer, "Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001-2017," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 16, no. 19, pp. 6–8, 2019.
- [16] R. Sinha, "Chronic stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction," *Bone*, vol. 23, no. 1, pp. 1–7, 2008.
- [17] B. Livia *et al.*, "Stage of Change and Motivation to a Healthier Lifestyle before and after an Intensive Lifestyle Intervention," *J. Obes.*, vol. 2016, 2016.
- [18] M. Busch and F. van der Lucht, "Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status?," p. 34, 2012.
- [19] L. Tinner *et al.*, "Examining subgroup effects by socioeconomic status of public health interventions targeting multiple risk behaviour in adolescence 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services," *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–19, 2018.
- [20] "Maatregelen in het Nationaal Preventieakkoord | Gezondheid en preventie | Rijksoverheid.nl." [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord>. [Accessed: 18-Mar-2020].
- [21] "Jongeren Op Gezond Gewicht." [Online]. Available: <https://jongerenopgezondgewicht.nl/>. [Accessed: 18-Mar-2020].
- [22] "Home | Gezonde School." [Online]. Available: <https://www.gezondeschool.nl/>. [Accessed: 18-Mar-2020].
- [23] "De Gezonde Schoolkantine | Contact | Rijksoverheid.nl." [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/de-gezonde-schoolkantine>. [Accessed: 18-Mar-2020].
- [24] A. Meijer, "Uitwerking plan Friese Preventieaanpak," 2020.
- [25] Rijksoverheid, "Nationaal Preventieakkoord," pp. 1–76, 2018.
- [26] WHO, "WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution." [Online]. Available: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. [Accessed: 11-Mar-2020].
- [27] "Wat is het – Institute for Positive Health." [Online]. Available: <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>. [Accessed: 08-Jun-2020].
- [28] "Cijfers en onderzoek - GGD Fryslân." [Online]. Available: <https://www.ggd Fryslan.nl/professionals/cijfers-en-onderzoek/>. [Accessed: 14-May-2020].
- [29] F. S. Planbureau, "Leven in Fryslân," 2019.
- [30] "Sociaaleconomische status | Cijfers & Context | Opleiding | Volksgezondheidszorg.info." [Online]. Available: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#node-opleidingsniveau>. [Accessed: 14-Jun-2020].
- [31] De Friesland zorgverzekering, "Preventie Voorop! Visie op preventie."
- [32] Fries Sociaal Planbureau, "Gezondheidsverschillen in Fryslân - Fries Sociaal Planbureau." [Online]. Available: <https://www.fsp.nl/monitoren/gezondheid/>. [Accessed: 11-Mar-2020].
- [33] "GGD Gezondheidsmonitor 2016 - Loader." [Online]. Available: <http://veiligheidsregio-fryslan.instantmagazine.com/go-jeugd-ggd/ggd-gezondheidsmonitor-2016>. [Accessed: 08-Jun-2020].
- [34] Gezondheidsraad, "Voedingsnormen voor vitamines en mineralen voor volwassenen," p. 25, 2018.
- [35] "Wat zijn sociale wijkteams en wat doen deze teams? | ANBO." [Online]. Available: <https://www.anbo.nl/raad-daad/gezondheid/sociale-wijkteams/wat-zijn-sociale-wijkteams/wat-zijn-sociale-wijkteams-en-wat>. [Accessed: 03-Jun-2020].
- [36] "Verbinding leggen met wijkteams en sociaal professionals | Loketgezondleven.nl." [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/preventie-zorg-en-welzijn/sociale-wijkteams>. [Accessed: 03-Jun-2020].
- [37] V. Fryslân, "Hoe ziet onze organisatie eruit? - Veiligheidsregio Fryslân." [Online]. Available:

- <https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/over-veiligheidsregio-fryslân/hoer-ziet-onze-organisatie-eruit/>. [Accessed: 30-Mar-2020].
- [38] “Hoe ziet onze organisatie eruit? - Veiligheidsregio Fryslân.” [Online]. Available: <https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/over-veiligheidsregio-fryslân/hoer-ziet-onze-organisatie-eruit/>. [Accessed: 31-Mar-2020].
- [39] “Wat doet een GGD - GGD GHOR Nederland.” [Online]. Available: <https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/>. [Accessed: 14-May-2020].
- [40] “Bestuurlijk - Veiligheidsregio Fryslân.” [Online]. Available: <https://www.veiligheidsregiofryslan.nl/bestuurlijk/>. [Accessed: 31-Mar-2020].
- [41] “Over ons - GGD Fryslân.” [Online]. Available: <https://www.ggd Fryslan.nl/over-ggd/>. [Accessed: 31-Mar-2020].
- [42] “Wat doet een GGD - GGD GHOR Nederland.” [Online]. Available: <https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/>. [Accessed: 30-Apr-2020].
- [43] “wetten.nl - Regeling - Wet publieke gezondheid - BWBR0024705.” [Online]. Available: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2020-03-19#HoofdstukII>. [Accessed: 18-May-2020].
- [44] “Preventie in de Wet publieke gezondheid | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-wpg>. [Accessed: 18-May-2020].
- [45] “Wat is de rol van de gemeente binnen de Wmo? | ANBO.” [Online]. Available: https://www.anbo.nl/raad-daad/gezondheid/wmo/aanvragen/wat-is-de-rol-van-de-gemeente-binnen-de-wmo?gclid=EA1aIQobChM1z9OC-an36QlVzeF3ChOT0wY5EAAyAAEgJEufD_BwE. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [46] “Jeugdhulp bij gemeenten | Jeugdhulp | Rijksoverheid.nl.” [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [47] “Preventie in de Zorgverzekeringswet | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-de-zorgverzekeringswet>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [48] “WLZ (Wet langdurige zorg): wat is het? - Zorgwijzer.” [Online]. Available: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [49] “Van Landelijke nota gezondheidsbeleid naar lokaal beleid | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: [https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-lokaal-beleid?utm_campaign=Nieuwsbrief Gezond Leven&utm_medium=618339355&utm_source=Spike](https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-lokaal-beleid?utm_campaign=Nieuwsbrief%20Gezond%20Leven&utm_medium=618339355&utm_source=Spike). [Accessed: 25-Jun-2020].
- [50] “Beleidsplan Gezondheid 2019-2022,” 2019.
- [51] A. Baum, J. P. Garofalo, and A. M. Yali, “Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health?,” *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, vol. 896, pp. 131–144, 1999.
- [52] A. Surachman, B. Wardecker, S. M. Chow, and D. Almeida, “Life Course Socioeconomic Status, Daily Stressors, and Daily Well-Being: Examining Chain of Risk Models,” *Journals Gerontol. - Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, vol. 74, no. 1, pp. 126–135, 2019.
- [53] R. S. Breitenstein, L. D. Doane, and K. Lemery-Chalfant, “Early life socioeconomic status moderates associations between objective sleep and weight-related indicators in middle childhood,” *Sleep Heal.*, vol. 5, no. 5, pp. 470–478, 2019.
- [54] M. L. Rosen, M. A. Sheridan, K. A. Sambrook, A. N. Meltzoff, and K. A. McLaughlin, “Socioeconomic disparities in academic achievement: A multi-modal investigation of neural mechanisms in children and adolescents,” *Neuroimage*, vol. 173, pp. 298–310, 2018.
- [55] S. Cohen, W. J. Doyle, and A. Baum, “Socioeconomic status is associated with stress hormones,” *Psychosom. Med.*, vol. 68, no. 3, pp. 414–420, 2006.
- [56] A. Ursache and K. G. Noble, “Neurocognitive development in socioeconomic context: multiple mechanisms and implications for measuring socioeconomic status,” vol. 53, no. 1, pp. 71–82, 2016.
- [57] D. A. Hackman, R. Gallop, G. W. Evans, and M. J. Farah, “Socioeconomic status and executive function: Developmental trajectories and mediation,” *Dev. Sci.*, vol. 18, no. 5, pp. 686–702, 2015.
- [58] D. A. Hackman and M. J. Farah, “Socioeconomic status and the developing brain,” *Trends Cogn. Sci.*, vol. 13, no. 2, pp. 65–73, 2009.
- [59] K. Yanagisawa, K. Masui, K. Furutani, M. Nomura, H. Yoshida, and M. Ura, “Family socioeconomic status modulates the coping-related neural response of offspring,” *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, vol. 8, no. 6, pp. 617–622, 2013.
- [60] Y. Moriguchi and I. Shinohara, “Socioeconomic disparity in prefrontal development during early childhood,” *Sci. Rep.*, vol. 9, no. 1, pp. 1–8, 2019.
- [61] “Trauma Ppt Slide 8 - Prefrontal Cortex Amygdala Hippocampus Hypothalamus, HD Png Download , Transparent Png Image - PNGitem.” [Online]. Available: https://www.pngitem.com/middle/hxmbiTM_trauma-ppt-slide-8-prefrontal-cortex-amygdala-hippocampus/. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [62] M. Girotti, S. M. Adler, S. E. Bulin, E. A. Fucich, D. Paredes, and D. A. Morilak, “Prefrontal cortex executive processes affected by stress in health and disease,” *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry*, vol. 85, no. May 2017, pp. 161–179, 2018.
- [63] S. Funahashi and J. M. Andreau, “Prefrontal cortex and neural mechanisms of executive function,” *J. Physiol. Paris*, vol. 107, no. 6, pp. 471–482, 2013.
- [64] A. F. T. Arnsten, “Stress weakens prefrontal networks: Molecular insults to higher cognition,” *Nat. Neurosci.*, vol. 18, no. 10, pp. 1376–1385, 2015.
- [65] Pharos, “Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken.”
- [66] G. Luijben, F. den Hertog, and F. van der Lucht, “Armoede, chronische stress en gezondheid.”
- [67] G. P. Chrousos, “Stress and disorders of the stress system,” *Nat. Rev. Endocrinol.*, vol. 5, no. 7, pp. 374–381, 2009.
- [68] F. Dhabhar, “The Short-Term Stress Response – Mother Nature’s Mechanism for Enhancing Protection and Performance,” *Neuroendocrinol*, vol. 118, no. 24, pp. 6072–6078, 2018.
- [69] E. McEwen, B. S. Stellar, “Stress and the Individual,” 2020.
- [70] “Het orthosympathische en parasympathische zenuwstelsel: gaspedaal en rempedaal.” [Online]. Available: https://heartfulness.be/Hartcoherentie/orthosympathische_parasympathische_zenuwstelsel.html. [Accessed: 24-Jun-2020].
- [71] D. Y. Lee, E. Kim, and M. H. Choi, “Technical and clinical aspects of cortisol as a biochemical marker of chronic stress,” *BMB Rep.*, vol. 48, no. 4, pp. 209–216, 2015.
- [72] T. J. Barry, L. Murray, P. Fearon, C. Moutsiana, T. Johnstone, and S. L. Halligan, “Amygdala volume and hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity to social stress,” *Psychoneuroendocrinology*, vol. 85, no. July, pp. 96–99, 2017.

- [73] "Biologische stresssystemen: achtergrondinformatie | NESDA." [Online]. Available: <https://www.nesda.nl/nesda-resultaten/biologische-stresssystemen-achtergrondinformatie/>. [Accessed: 23-Mar-2020].
- [74] J. J. Joseph and G. S. H., "Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus," *Ann N Y Acad Sci.*, vol. 176, no. 1, pp. 1570–1573, 2018.
- [75] M. Joëls, "Corticosteroids and the brain," *J. Endocrinol.*, vol. 238, no. 3, pp. R121–R130, 2018.
- [76] B. S. McEwen, "Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress," *Chronic Stress*, vol. 1, p. 247054701769232, 2017.
- [77] P. Sterling, "Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics," *Allotaxis, Homeostasis, Costs Physiol. Adapt.*, pp. 17–64, 2015.
- [78] B. McEwen, "Stress, adaptation, and disease," 2018.
- [79] "Minder slapen, dan leef je langer - NEMO Kennislink." [Online]. Available: <https://www.nemokennislink.nl/publicaties/minder-slapen-dan-leef-je-langer/>. [Accessed: 24-Jun-2020].
- [80] N. Sousa, "The dynamics of the stress neuromatrix," *Mol. Psychiatry*, vol. 21, no. 3, pp. 302–312, 2016.
- [81] R. Carpenter, "A Review of Instruments on Cognitive Appraisal of Stress," *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 30, no. 2, pp. 271–279, 2016.
- [82] C. K. McIntyre and B. Roozendaal, "Adrenal stress hormones and enhanced memory for emotionally arousing experiences," in *Neural Plasticity and Memory: From Genes to Brain Imaging*, CRC Press, 2007, pp. 265–283.
- [83] L. Jacobson and R. Sapolsky, "The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis," *Endocr. Rev.*, vol. 12, no. 2, pp. 118–134, 1991.
- [84] N. Rohleder, "Acute and chronic stress induced changes in sensitivity of peripheral inflammatory pathways to the signals of multiple stress systems - 2011 Curt Richter Award Winner," *Psychoneuroendocrinology*, vol. 37, no. 3, pp. 307–316, 2012.
- [85] N. Rohleder, "Stress and inflammation – The need to address the gap in the transition between acute and chronic stress effects," *Psychoneuroendocrinology*, vol. 105, no. August 2018, pp. 164–171, 2019.
- [86] F. S. Dhabhar, "Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: Implications for immunoprotection and immunopathology," *Neuroimmunomodulation*, vol. 16, no. 5, pp. 300–317, 2009.
- [87] F. S. Dhabhar, "Effects of stress on immune function: The good, the bad, and the beautiful," *Immunol. Res.*, vol. 58, no. 2–3, pp. 193–210, 2014.
- [88] S. D. Hewagalamulage, T. K. Lee, I. J. Clarke, and B. A. Henry, "Stress, cortisol, and obesity: a role for cortisol responsiveness in identifying individuals prone to obesity," *Domest. Anim. Endocrinol.*, vol. 56, pp. S112–S120, 2016.
- [89] M. H. Algren, O. Ekholm, L. Nielsen, A. K. Ersbøll, C. K. Bak, and P. T. Andersen, "Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study," *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–12, 2018.
- [90] G. van Dijk, R. de Boer, A. J. W. Scheurink, and B. Buwalda, "Neurobiologie van vitaliteit: de rol van sociaal-economische status," *Neuropraxis*, vol. 20, no. 6, pp. 184–192, 2016.
- [91] R. A. Hackett and A. Steptoe, "Type 2 diabetes mellitus and psychological stress—a modifiable risk factor," *Nat. Rev. Endocrinol.*, vol. 13, no. 9, pp. 547–560, 2017.
- [92] B. S. McEwen and P. J. Gianaros, "Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease," *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, vol. 1186, pp. 190–222, 2010.
- [93] "Universal basic income seems to improve employment and well-being | New Scientist." [Online]. Available: <https://www.newscientist.com/article/2242937-universal-basic-income-seems-to-improve-employment-and-well-being/>. [Accessed: 12-May-2020].
- [94] M. A. Savelkoul, A. J. Schuit, and I. Storm, "Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen," p. 67, 2010.
- [95] S. Eversone-Rose, K. A. Skarupsi, L. L. Barnes, T. Beck, D. A. Evans, and C. F. Menden de Leon, "Neighborhood socioeconomic conditions are associated with psychosocial functioning in older black and white adults," *Bone*, vol. 23, no. 1, pp. 1–7, 2012.
- [96] F. J. Van Lenthe and J. P. Mackenbach, "Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: The role of physical neighbourhood stressors," *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 60, no. 8, pp. 699–705, 2006.
- [97] G. Gerra, E. Benedetti, G. Resce, R. Potente, A. Cutilli, and S. Molinaro, "Socioeconomic status, parental education, school connectedness and individual socio-cultural resources in vulnerability for drug use among students," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, no. 4, pp. 1–17, 2020.
- [98] T. Yang, X. Y. Yang, L. Yu, R. R. Cottrell, and S. Jiang, "Individual and regional association between socioeconomic status and uncertainty stress, and life stress: A representative nationwide study of China," *Int. J. Equity Health*, vol. 16, no. 1, pp. 1–8, 2017.
- [99] A. S. R. Manstead, "The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour," *Br. J. Soc. Psychol.*, vol. 57, no. 2, pp. 267–291, 2018.
- [100] I. Ryabov, "Intergenerational transmission of socio-economic status: The role of neighborhood effects," *J. Adolesc.*, vol. 80, no. August 2019, pp. 84–97, 2020.
- [101] R. D. Conger and M. B. Donnellan, "An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development," *Annu. Rev. Psychol.*, vol. 58, no. 1, pp. 175–199, 2007.
- [102] G. Milas, I. M. Klarić, A. Malnar, D. Šupe-Domić, and G. M. Slavich, "Socioeconomic status, social-cultural values, life stress, and health behaviors in a national sample of adolescents," *Stress Heal.*, vol. 35, no. 2, pp. 217–224, 2019.
- [103] N. D. Volkow *et al.*, "Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: Possible contributing factors," *Neuroimage*, vol. 42, no. 4, pp. 1537–1543, 2008.
- [104] N. D. Volkow, G. J. Wang, and R. D. Baler, "Reward, dopamine and the control of food intake: Implications for obesity," *Trends Cogn. Sci.*, vol. 15, no. 1, pp. 37–46, 2011.
- [105] B. B. P. Gupta and K. Lalchandama, "Molecular mechanisms of glucocorticoid action," *Curr. Sci.*, vol. 83, no. 9, pp. 1103–1111, 2002.
- [106] W. M. Schultz *et al.*, "Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: Challenges and interventions," *Circulation*, vol. 137, no. 20, pp. 2166–2178, 2018.
- [107] O. Al Massadi, R. Nogueiras, C. Dieguez, and J. A. Girault, "Ghrelin and food reward," *Neuropharmacology*, vol. 148, no. January, pp. 131–138, 2019.
- [108] N. D. Volkow, J. S. Fowler, G. J. Wang, R. Baler, and F. Telang, "Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction," *Neuropharmacology*, vol. 56, no. SUPPL. 1, pp. 3–8, 2009.
- [109] S. Stringhini *et al.*, "Association of socioeconomic status with sleep disturbances in the Swiss population-based CoLaus study,"

- Sleep Med.*, vol. 16, no. 4, pp. 469–476, 2015.
- [110] M. A. Grandner *et al.*, “Who Gets the Best Sleep? Ethnic and Socioeconomic Factors Related to Sleep Complaints,” *Sleep Med*, vol. 11, no. 5, pp. 470–478, 2010.
- [111] T. Åkerstedt, “Psychosocial stress and impaired sleep,” *Scand. J. Work. Environ. Heal.*, vol. 32, no. 6, pp. 493–501, 2006.
- [112] W. H. Seo, J. H. Kwon, S. H. Eun, G. Kim, K. Han, and B. M. Choi, “Effect of socio-economic status on sleep,” *J. Paediatr. Child Health*, vol. 53, no. 6, pp. 592–597, 2017.
- [113] R. S. Breitenstein, L. D. Doane, and K. Lemery-Chalfant, “Early life socioeconomic status moderates associations between objective sleep and weight-related indicators in middle childhood,” *Sleep Heal.*, vol. 5, no. 5, pp. 470–478, 2019.
- [114] K. L. Knutson, “Sociodemographic and cultural determinants of sleep deficiency: Implications for cardiometabolic disease risk,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 79, no. 1, pp. 7–15, 2013.
- [115] M. L. Okun, M. Tolge, and M. Hall, “Low Socioeconomic Status Negatively Affects Sleep in Pregnant Women,” *JOGNN - J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, vol. 43, no. 2, pp. 160–167, 2014.
- [116] M. Loef and H. Walach, “The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis,” *Prev. Med. (Baltim.)*, vol. 55, no. 3, pp. 163–170, 2012.
- [117] D. Ding, A. Do, H. M. Schmidt, and A. E. Bauman, “A widening gap? Changes in multiple lifestyle risk behaviours by socioeconomic status in New South Wales, Australia, 2002–2012,” *PLoS One*, vol. 10, no. 8, pp. 2002–2012, 2015.
- [118] K. B. Prendergast, L. M. Mackay, and G. M. Schofield, “The Clustering of Lifestyle Behaviours in New Zealand and their Relationship with Optimal Wellbeing,” *Int. J. Behav. Med.*, vol. 23, no. 5, pp. 571–579, 2016.
- [119] B. Lee and D. C. Seo, “Socioeconomic Disparities in Health Risk Behavior Clusterings Among Korean Adolescents,” *Int. J. Behav. Med.*, vol. 25, no. 5, pp. 540–547, 2018.
- [120] P. Watts, D. Buck, G. Netuveli, and A. Renton, “Clustering of lifestyle risk behaviours among residents of forty deprived neighbourhoods in London: Lessons for targeting public health interventions,” *J. Public Heal. (United Kingdom)*, vol. 38, no. 2, pp. 308–315, 2016.
- [121] “Grip en Gezondheid - Healthy'R Rotterdam.” [Online]. Available: <https://healthyr.nl/work/grip-en-gezondheid>. [Accessed: 22-Jun-2020].
- [122] M. A. Stults-Kolehmainen and R. Sinha, *The effects of stress on physical activity and exercise*, vol. 44, no. 1. 2014.
- [123] “Lifelines Biobank.” [Online]. Available: <https://www.lifelines.nl/>. [Accessed: 26-Jun-2020].
- [124] “Adults Lifelines Cohort and Biobank,” pp. 0–1, 2019.
- [125] P. C. Vinke, G. Navis, D. Kromhout, and E. Corpeleijn, “Socio-economic disparities in the association of diet quality and type 2 diabetes incidence in the Dutch Lifelines cohort,” *EclinicalMedicine*, vol. 19, no. 2019, p. 100252, 2020.
- [126] “Preventie in Volksgezondheidszorg.info | Wat is preventie? | Volksgezondheidszorg.info.” [Online]. Available: <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#!node-doelgroepen-van-preventie>. [Accessed: 29-Apr-2020].
- [127] A. J. Bukman, D. Teuscher, E. J. M. Feskens, M. A. Van Baak, A. Meershoek, and R. J. Renes, “Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: Opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status,” *BMC Public Health*, vol. 14, no. 1, pp. 1–11, 2014.
- [128] M. C. M. Busch and C. T. M. Schrijvers, “Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen,” *Rivm*, p. 81, 2010.
- [129] “Interventies zoeken | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken>. [Accessed: 08-Jun-2020].
- [130] D. Teuscher, A. J. Bukman, M. A. Van Baak, E. J. M. Feskens, R. J. Renes, and A. Meershoek, “A lifestyle intervention study targeting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: Important aspects for successful implementation,” *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–10, 2017.
- [131] “Leefstijlinterventies | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies>. [Accessed: 11-Mar-2020].
- [132] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu and Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport, “Werkwijze beoordeling interventies.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject/werkwijze-beoordeling>. [Accessed: 17-Mar-2020].
- [133] “Werkwijze beoordeling interventies | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject/werkwijze-beoordeling>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [134] Loketgezondleven, “Samenvatting Criteria Erkenning van Interventies Uitwerking criteria Goed Onderbouwd en Effectief,” pp. 1–6, 2018.
- [135] “Werkzame elementen | Loketgezondleven.nl.” [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/werkzame-elementen>. [Accessed: 17-Jun-2020].
- [136] “De Stopcoach van start: app en persoonlijke begeleiding helpen rokers met stoppen - Pharos.” [Online]. Available: <https://www.pharos.nl/nieuws/de-stopcoach-van-start-app-en-persoonlijke-begeleiding-helpen-rokers-met-stoppen/>. [Accessed: 06-Jun-2020].
- [137] “Bereiken en betrekken - Pharos.” [Online]. Available: <https://www.pharos.nl/thema/bereiken-en-betrekken/>. [Accessed: 06-Jun-2020].
- [138] “Werkzame elementen bij... het ondersteunen van zelfregie | Movisie.” [Online]. Available: <https://www.movisie.nl/artikel/werkzame-elementen-ondersteunen-zelfregie>. [Accessed: 06-Jun-2020].
- [139] F. M. van der Meer, G. Ligtenberg, and P. A. Staal, “Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie,” no. 020, p. 49, 2009.
- [140] J. M. Latta and F. M. van der Meer, “De gecombineerde leefstijlinterventie nader bekeken,” p. 28, 2018.
- [141] Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport, “De gecombineerde leefstijlinterventie : kosten , opbrengsten en de praktijk Inhoud .,” no. 020, p. 289, 2010.
- [142] “Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie BR/REG-20129 - Nederlandse Zorgautoriteit.” [Online]. Available: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_264720_22/. [Accessed: 20-May-2020].
- [143] “The Seven Engagement Factors.” [Online]. Available: <http://www.ascd.org/publications/books/113001/chapters/The-Seven-Engagement-Factors.aspx>. [Accessed: 03-Jun-2020].
- [144] S. S. Shagiwal, A. Schop-Etman, I. Bergwerff, W. Vrencken, and S. Denktas, “The BeHealthyR Study: A randomized trial of a

- multicomponent intervention to reduce stress, smoking and improve financial health of low-income residents in Rotterdam," *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–16, 2018.
- [145] "Bereiken en Betrekken inwoners - Pharos." [Online]. Available: <https://www.pharos.nl/infosheets/bereiken-en-betrekken-inwoners/>. [Accessed: 07-May-2020].
- [146] N. Coupe, S. Cotterill, and S. Peters, "Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: A qualitative study," *BMC Public Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–15, 2018.
- [147] M. B. Andersen, A. S. D. Björkman, M. Pedersen, O. Ekholm, and S. Molsted, "Social inequality in lifestyle, motivation to change lifestyle and received health advice in individuals with diabetes: A nationwide study," *Scand. J. Public Health*, no. January, pp. 1–8, 2019.
- [148] Diabetes Fonds, "De Nationale suiker challenge," *Block Caving – A Viable Altern.*, vol. 21, no. 1, pp. 1–9, 2020.
- [149] Loketgezondleven, "Goedkoop gezonde voeding | Loketgezondleven.nl," 2016.
- [150] A. J. Bouma, P. van Wilgen, and A. Dijkstra, "The barrier-belief approach in the counseling of physical activity," *Patient Educ. Couns.*, vol. 98, no. 2, pp. 129–136, 2015.
- [151] UWV, "Van WW naar bijstand," 2019.
- [152] "Klachtgerichte aanpak depressiepreventie," pp. 1–24.
- [153] "Praktijkvoorbeelden | Loketgezondleven.nl." [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstukken/nudging/praktijkvoorbeelden>. [Accessed: 20-May-2020].
- [154] "Omgevingswet | Rijksoverheid.nl." [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [155] "Fysieke leefomgeving - Aan de slag met de Omgevingswet." [Online]. Available: <https://aandeslagmetdeomgevingswet.nl/regelgeving/uitgangspunten-en-doelen-omgevingswet/fysieke-leefomgeving/>. [Accessed: 10-Jun-2020].
- [156] W. I. J. de Boer, L. H. Dekker, R. H. Koning, G. J. Navis, and J. O. Mierau, "How are lifestyle factors associated with socioeconomic differences in health care costs? Evidence from full population data in the Netherlands," *Prev. Med. (Baltim.)*, vol. 130, no. October 2019, p. 105929, 2020.
- [157] "Hoe zet u nudges in om gezond gedrag te stimuleren? | Loketgezondleven.nl." [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstukken/nudging>. [Accessed: 20-May-2020].
- [158] D. Version, "Bijstand op Maat," 2020.
- [159] T. Verlaat, M. De Kruijk, S. Rosenkranz, L. Groot, and M. Sanders, "Onderzoek weten wat werkt: samen werken aan een betere bijstand," 2020.
- [160] "Ontwikkeling meetinstrument voor evalueren van projecten met brede benadering van gezondheid – Institute for Positive Health." [Online]. Available: <https://iph.nl/ontwikkeling-meetinstrument-voor-evalueren-van-projecten-met-brede-benadering-van-gezondheid/>. [Accessed: 22-Jun-2020].
- [161] S. development goals knowledge Platform, "Sustainable Development Goals." [Online]. Available: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>. [Accessed: 18-Mar-2020].
- [162] "Communications materials – United Nations Sustainable Development." [Online]. Available: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/news/communications-material/>. [Accessed: 09-Jun-2020].
- [163] "Communicatiemateriaal | SDG Nederland." [Online]. Available: <https://www.sdgnerland.nl/communicatie-toolkit/>. [Accessed: 09-Jun-2020].
- [164] "The Global Movement for Our Children's Future- World Top 20 Project." [Online]. Available: https://worldtop20.org/global-movement?gclid=EAIaIQobChMI7P2Jg7Py6QIVVuh3Ch3A3giEAAAYiAAEgLS4PD_BwE. [Accessed: 08-Jun-2020].
- [165] "Alles wat je moet weten over de SDGs | SDG Nederland." [Online]. Available: <https://www.sdgnerland.nl/sdgs/>. [Accessed: 08-Jun-2020].
- [166] "De Sustainable Development Goals in de Nederlandse context - Monitor Brede Welvaart en de Sustainable Development Goals 2019 | | CBS." [Online]. Available: <https://longreads.cbs.nl/monitor-brede-welvaart-en-sdgs-2019/de-sustainable-development-goals-in-de-nederlandse-context/>. [Accessed: 11-Mar-2020].
- [167] "Institute for Positive Health." [Online]. Available: <https://iph.nl/>. [Accessed: 22-Jun-2020].
- [168] "Positieve gezondheid | Loketgezondleven.nl." [Online]. Available: <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/positieve-gezondheid>. [Accessed: 22-Jun-2020].
- [169] "Onze missie | Rijksuniversiteit Groningen." [Online]. Available: <https://www.rug.nl/aletta/about-us/>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [170] "Programma's - Fries Sociaal Planbureau." [Online]. Available: <https://www.fsp.nl/programmas/>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [171] "Over ons - GGD Fryslân." [Online]. Available: <https://www.ggdfryslan.nl/over-ggd/>. [Accessed: 20-Mar-2020].
- [172] "Over HANNN › Healthy Ageing Network." [Online]. Available: <https://www.hannn.eu/over-hannn/lid-worden-voor-gemeenten>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [173] "De branche - CBL." [Online]. Available: <https://www.cbl.nl/de-branche/>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [174] "Supermarkten gebruiken psychologie om u te verleiden | Mens en Samenleving: Psychologie." [Online]. Available: <https://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/115183-supermarkten-gebruiken-psychologie-om-u-te-verleiden.html>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [175] "Organisatie | UWV | Over UWV." [Online]. Available: <https://www.uwv.nl/overuwv/wat-is-uwv/organisatie/detail/kerntaken>. [Accessed: 26-Mar-2020].
- [176] "UWV-regelingen ter bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met een uitkering, ziekten en gehandicapten - 123subsidie.nl - Subsidies voor bedrijven in Noord-Nederland." [Online]. Available: <https://www.123subsidie.nl/subsidie/uwv-regelingen-ter-bevordering-van-de-arbeidsparticipatie-van-mensen-met-een-uitkering-ziekten-en-gehandicapten/>. [Accessed: 25-Jun-2020].
- [177] "De friesland presenteert regiobeeld zorg friesland - De Friesland - Zorgverzekeraar." [Online]. Available: <https://www.defriesland.nl/zorgaanbieder/nieuws/de-friesland-presenteert-regiobeeld-zorg-friesland>. [Accessed: 22-Jun-2020].

Appendix I: Lage SES en Gezondheid (extra achtergrondinformatie)

Verschillende kankersoorten worden gelinkt aan SES verschillen, die te maken hebben met de prevalentie- of de overlevingskans van mensen met onder andere longkanker, borstkanker en prostaatkanker. Mensen met een lage SES hebben vaker longkanker dan mensen met een hoge SES, omdat roken vaker voorkomt bij deze groep [6]. Alleen het verschil in educatie zorgt er al voor dat de prevalentie bij lage SES 2-3 keer hoger ligt dan bij hogere educatie [7]. Mensen met een hoge SES zijn waarschijnlijk vaker geneigd om te stoppen of niet te roken [6]. Ook wordt de SES gelinkt aan de overlevingskans van borstkanker én prevalentie van borstkanker. Borstkanker komt vaker voor bij hoge SES, maar de overlevingskans ligt hoger dan bij lage SES. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het stadium waarin ze zitten bij diagnose [8]. Het is waarschijnlijk dat mensen met een hoge SES eerder naar de huisarts gaan dan lage SES, waardoor de uitkomsten beter zijn door de vroege herkenning. Daarnaast zijn er ook verschillen in behandeling. Uit onderzoek blijkt mensen met een lage SES, in dit geval gedefinieerd door inkomen, een andere behandeling krijgen dan mensen met een hoge SES [9].

Ook is er een relatie tussen lage SES en prevalentie en risico op diabetes type 2, dit blijkt samen te hangen zowel met educatie, inkomen en werk. Lage SES hebben een relatief hogere kans op diabetes van 40-60% in vergelijking met de hoge SES [10]. De associatie dat mensen met een lage SES een hogere kans hebben op diabetes type 2 is zowel op Europees [11] als globaal niveau [12] aangetoond. Het RIVM noemt als mogelijke verklaring dat de prevalentie van risicofactoren voor het ontwikkelen van diabetes zoals overgewicht, roken en lichamelijke inactiviteit, hoger ligt dan bij hoge SES [13]. Ook noemen ze dat lage SES het gevolg zou kunnen zijn van diabetes. Door de aanwezigheid hiervan kunnen mensen beperkt zijn in het uitvoeren van hun werk en opleiding, wat invloed heeft op de te bereiken SES [13]. Dit laatste kwam ook naar voren in het gesprek met Prof. Dr. Jochen Mierau. Zijn er gezondheidsverschillen door lage SES, of worden mensen beperkt door hun gezondheid waardoor ze een lage SES hebben?

Ook de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen wordt geassocieerd met lage SES. Kinderen en adolescenten met een lage SES hebben vaker mentale gezondheidsproblemen dan mensen met een hoge SES [14],[15]. Kinderen en adolescenten hebben zelfs een tot 3 keer hogere kans op mentale problemen dan kinderen en adolescenten uit hogere SES groepen [16]. Een lage financiële status hebben een negatieve impact op de mentale gezondheid van kinderen. Dit had ook een grotere impact dan de werkstatus van de ouders [16]. Daarnaast hebben stressvolle levensgebeurtenissen zoals scheiden van ouders, maar ook financiële problemen, een effect op de mentale gezondheid. Deze stressvolle gebeurtenissen komen vaker voor bij de lage SES groep en zou een verklaring kunnen zijn voor de verhoging in mentale problemen bij de groep [15].

Appendix II: Sustainable Development Goals

In 2015 hebben alle lidstaten van de Verenigde Naties de 2030 Agenda voor Duurzame ontwikkeling getekend. Dit is een agenda waarin 17 doelen staan geformuleerd, de Sustainable Development Goals [161] (Figuur 1 [162],[163]). Deze doelen zijn gesteld om de wereld te verbeteren door onder andere meer vrede en welvaart. Dit kan worden verwezenlijkt door het samenbrengen van verschillende partijen zoals overheid, bedrijven en kennisinstituten [164].



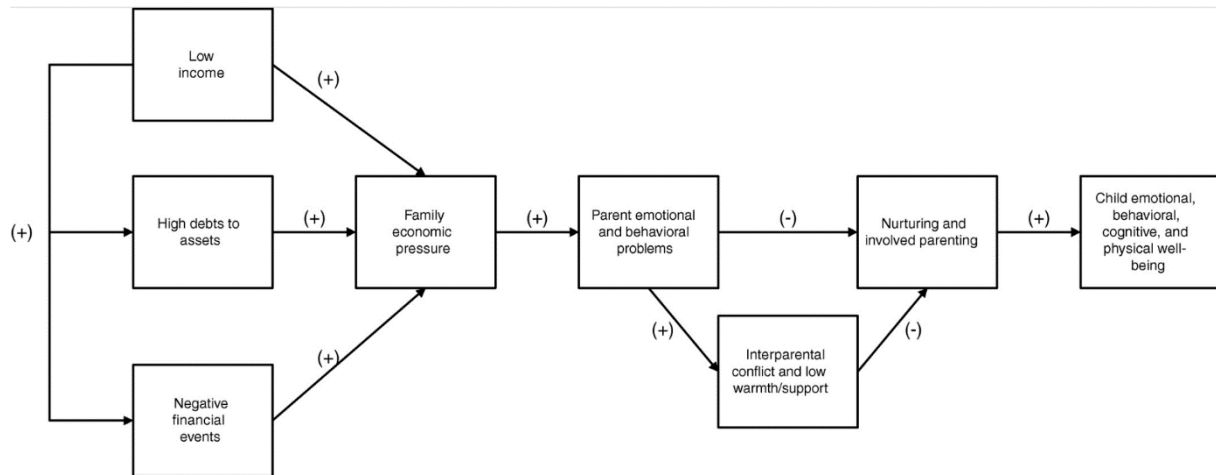
Figuur 1. De 17 Sustainable Development Goals. Afbeelding samengevoegd, afkomstig van [122] en [123].


De geformuleerde doelen van de SDGs zijn globaal maar zetten zich in voor duurzame ontwikkeling. De 17 doelen kennen 196 concrete subdoelstellingen. Op SDGnederland.nl staan korte beschrijvingen van de individuele SDGs [165]. Het centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft de 17 SDGs als uitgangspunt genomen voor het tweede deel van de Monitor Brede Welvaart in Nederland, waarin er wordt gekeken naar beleidsthema's die invloed hebben op onderdelen van de brede welvaart in Nederland. Deel 1 van de Monitor Brede Welvaart van het CBS verscheen in 2018, waarna het CBS is gevraagd om indicatoren voor de duurzaamheidsdoelen te integreren in de Monitor. Het CBS geeft een samenvattend overzicht over hoe Nederland er op het gebied van de SDGs voorstaat [166].

Nederland neemt op verschillende SDGs de voorhoede, waaronder ongelijkheid verminderen: sociale samenhang en ongelijkheid (SDG 10). Echter vindt er een dalende trend plaats voor SDG 10. Ook komt er relatief vaak een dalende trend voor bij de SDG goede gezondheid en welzijn (SDG3) [166]. SDG3 streeft naar een goede gezondheid voor mensen van alle leeftijden. Deze doelstelling komt ook sterk naar voren in het NPA.

Appendix III: family stress & family investment model

Family stress model

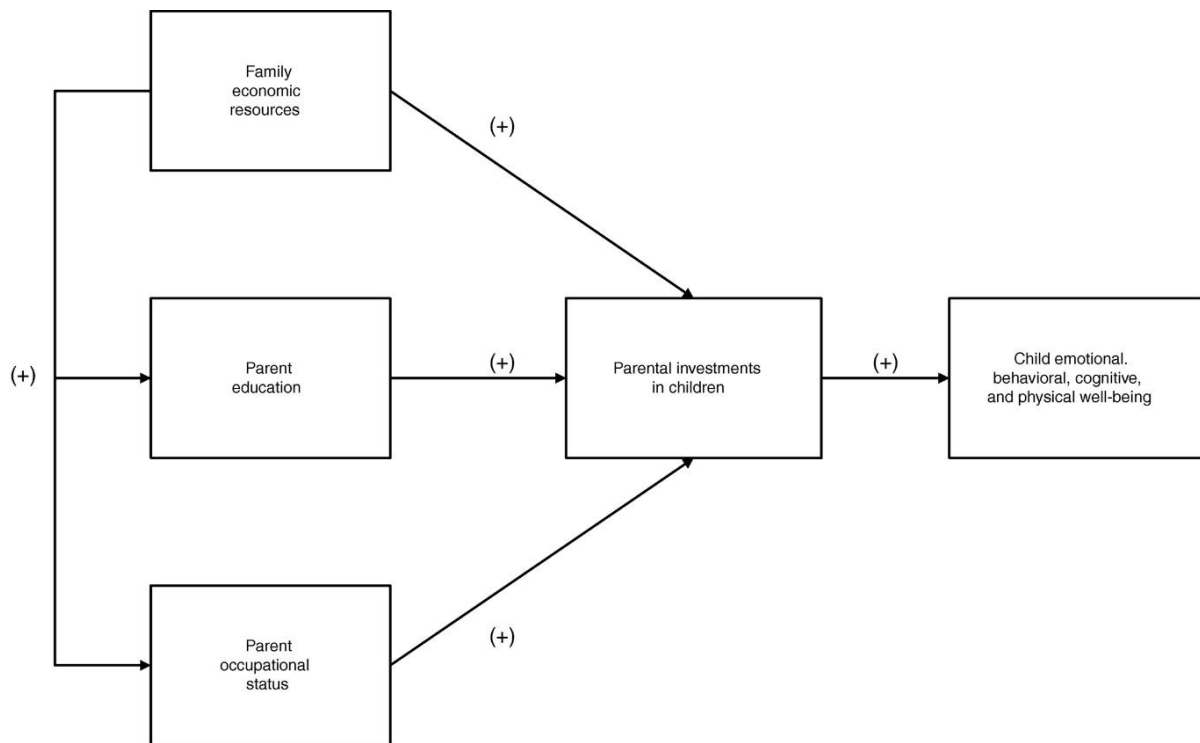



 Conger RD, Donnellan MB. 2007. Annu. Rev. Psychol. 58:175–99

Figuur 2. Schema van het family stress model van Conger & Donnellan [59].

Het *Family stress model* is een model die weergeeft hoe het hebben van stress binnen en gezin effect kan hebben op het kind. Het hebben van een laag inkomen, hoge schulden of negatieve financiële gebeurtenissen kunnen leiden tot economische stress op de familie. Deze economische druk kan leiden tot emotionele- en gedragsproblemen. Dit blijkt zelfs een significantie relatie te zijn [101]. Deze emotionele- en gedragsproblemen zijn direct gerelateerd aan conflicten tussen de ouders én heeft een negatieve invloed op opvoedgedrag en betrokkenheid van de ouders. Ook conflicten tussen ouders beïnvloeden dit negatief. Dit zorgt er uiteindelijk voor dat het kind kan worden beïnvloed, zowel negatief als positief, door deze effecten. Het minder betrokken zijn van ouders kan zorgen voor onder andere gedragsproblemen of een slechter welzijn. Dit model laat echter zien dat het een veranderend proces is. Veranderingen in inkomen, schulden en/of financiële tegenslagen kunnen veranderen over tijd, wat kan zorgen voor een verandering bij het kind [101].

Family Investment model



 Conger RD, Donnellan MB. 2007.
Annu. Rev. Psychol. 58:175–99

Figuur 3. Schema van het family investment model van Conger & Donnellan [59].

In dit model wordt gebruik gemaakt van de economische middelen van de familie, de educatie van de ouders en de beroepsstatus. Dit zijn demografische aspecten die waar vaak voor wordt gecorrigeerd in onderzoek [101]. Echter zijn dit ook de drie kenmerken voor iemands' SES. Elke van deze factoren heeft invloed op het investeren/het investeringsvermogen in het kind. Families die er financieel goed voorstaan hebben genoeg economische middelen om te investeren in de kinderen. Het is ook positief gerelateerd aan successen later in het leven zoals het behalen van een betere academische status door onder andere meer middelen om toegang te verschaffen tot boeken en lessen tot het bevorderen van talenten [101]. Daarnaast kan het zijn dan ouders met een hoger opleidingsniveau meer tijd investeren in het opgroeien van kinderen en de kinderen meer stimuleren tot academische en sociale competenties. Ook creëren hoger opgeleide ouders een andere vocabulaire omgeving, wat een positieve relatie heeft met educatie en het vocabulaire van het kind. Ook de beroepsstatus kan een effect hebben op de investering van de ouders in het kind. Dit kan namelijk effect hebben op de omgeving van het kind. Echter is hier nog weinig bewijs voor [101]. Door de invloed van de sociaaleconomische factoren op het betrokken ouderschap, kan het kind worden beïnvloed. Als de betrokkenheid minder is, heeft dit een negatieve invloed op onder andere emotioneel en fysiek welzijn [101].

Appendix IV: Gesprek met Prof. Dr. Jochen Mierau

Q: Waar komen, denken jullie, de gezondheidsverschillen tussen SES groepen vandaan?

A: Gezondheidsverschillen zijn aanwezig, maar we weten eigenlijk niet zo goed waar ze vandaan komen. Hier zijn een aantal theorieën over. Wat we vooral zien is dat er een relatie is tussen gezondheid en economische positie. Er zijn hier een aantal dingen aan de hand. Als mensen armen zijn, hebben ze minder geld en zijn ze minder in staat gezond te zijn door de financiële situatie. Dit is ook wel gezondheid naar inkomen. Mensen met meer inkomen zijn beter in staat zichzelf gezond te houden omdat ze meer middelen hebben. Ook kan het zijn dat het door iets anders gedreven wordt. Maar ze versterken elkaar ook, mensen die minder gezond zijn werken minder en/of zijn minder productief dus hebben ze ook minder inkomen. De drie mechanismen zijn dus eigenlijk. Dus eigenlijk hebben arme mensen minder geld. Hierdoor minder middelen om gezondheid te waarborgen, zoals huisartsbezoeken. Maar ook heeft dit effect op het consumptiepatroon. Maar waar het door komt is lastig te zeggen, zorg lage SES voor een slechtere gezondheid, of zorgt een slechtere gezondheid voor lage SES? Het werkt eigenlijk beide kanten op. Er is dus niet zo makkelijk antwoord op te geven. We moeten de gezondheidsverschillen eerst meer uitdiepen; verschillen tussen arm en rijk, verschillen binnen de groepen. Er zijn namelijk enorme verschillen binnen de SES groepen. Hoe komt dit dan? Dit is een vraag die nog niet zo vaak gesteld wordt, maar wel heel belangrijk is.

Q: Er wordt in de literatuur veel geschreven over de langdurige chronische stress die mensen met een lage SES ervaren. In hoeverre denkt u dat dit een factor is die leidt tot deze gezondheidsverschillen?

A: Mensen beseffen minder goed hoe stressvol zo een situatie is. Het heeft impact op alle beslissingen die je maakt want het heeft effect op je planningshorizon. Die wordt namelijk kleiner. Men is meer bezig met overleven, zoals de huur betalen en of er voldoende voedsel op tafel is. Men neemt de tijd niet eens om erover na te denken. Het heeft veel te maken met waar je zoal mee bezig bent. Deze mensen bewegen in hun vrije tijd misschien niet veel ondanks dat het wellicht niet heel duur is, maar ze hebben vaak beroepen die lichamelijk zwaar zijn, zoals schoonmaker of bouwvakker. Ze bewegen dus al veel, maar het ligt er ook aan waar je psychologische energie zit. Als jij bezig bent met overleven, dan ga je niet direct hardlopen. Armoede an sich is een hele grote stressfactor. Alle overwegingen hebben niet met de persoon te maken maar andere keuzes maken. Armoede is een politieke keuze, dus er kan wel wat aan gedaan. Als je iets aan armoede zou doen, armoede structureel verlagen, zal hoogstwaarschijnlijk een deel van de gezondheidsverschillen tussen hoge en lage SES wegvallen.

Q: Heeft de leefomgeving hier veel invloed op?

A: Leefomgeving heeft slechtere wijken dan rijkere wijken, dichter bij snelwegen etc. Omgeving waar arme mensen in wonen die verbeteren. Groene omgeving hebben een duidelijk impact op gezondheid. Afstand tot supermarkten impact, luchtklimaat binnenshuis heeft een impact op gedrag maar ook op gedrag van mensen die erin wonen.

Eerst met groep zelf in gesprek moet gaan, wat een ander denkt van je gedrag en wat je zelf vindt. Vooral proberen heel kort cyclisch te werken. Niet proberen een groot programma neer te zetten. Probeer er kort bovenop te zitten en te monitoren en te evalueren. Cycli. Onderzoek naar preventie kan je nooit interventies vinden die op grote schaal gaat werken. Statistische power niet voor, want hele grote groep kleine veranderingen. Verdelen van lichaamsgewicht klein stukje opschuift. Kleine effecten in grote groep groot effect op gezondheid.

Appendix V: Gesprek met Dr. Eva Corpeleijn

Associate Professor, afdeling Epidemiologie, Universiteit Medisch Centrum Groningen

Maandag 24 februari 2020

Q: Slecht dieet komt vaker voor bij lage SES, waar denkt u waar het door komt?

A: Voeding is in de groepen met hoge SES ook niet per sé gezond. In de lage SES bijvoorbeeld eet 34% ongezond, tegenover 33% in de hoge SES. Dit slechte dieet is dan voornamelijk 'hoog vet dieet'. Het is dus niet zo dat lage SES veel ongezonder eten. Als je kijkt naar absolute risico's zou je evenveel kunnen bereiken qua gezondheidswinst. Echter, bijvoorbeeld leefstijlinterventies hebben relatief meer impact in de hoge SES. Ook is het belangrijk om te bepalen naar welke ziektebeelden je wil kijken. Afhankelijk van het ziektebeeld moet je op andere momenten in het leven ingrijpen. Bij gewichtstoename bijvoorbeeld en de relatie met voeding is het verband het sterkst bij jongvolwassenen. Het ontstaan van obesitas ligt dus vroeger in het leven en het ziektebeeld komt pas veel later tot uiting. Als je bijvoorbeeld wil voorkomen dat mensen zwaar worden, moet je in de aanpak kijken naar mensen met een leeftijd tussen de 18 en 30. Het makkelijkste is namelijk ziekte voorkomen door vroeg in te grijpen. Het voorkomen van overgewicht bijvoorbeeld is makkelijker dan afvallen, hetzelfde geldt voor o.a. diabetes type 2 en cardiovasculaire aandoeningen.

Er is veel informatie beschikbaar over bijvoorbeeld kinderen uit screenings. Op basis van de screenings zou je kunnen kijken in welke tijdsperiode de kinderen gewichtstoename hebben en in hoeverre dit samenhangt met het dieet.

Waarom de gezondheidsverschillen zich dan voordoen hangt niet alleen samen met het voedingspatroon of beweging. Er zijn veel omgevingsfactoren die meespelen, een belangrijke is veiligheid. Ook de persoonlijke context en de regelgeving hebben in bepaalde mate invloed op gezondheidsverschillen. Als er in het gezin problemen zijn, ongeacht of ze in een groep behoren met een hoge of lage SES is het lastig goed om voor jezelf te zorgen. Door gezinsproblemen is het bijvoorbeeld lastig prioriteiten te stellen. Gezinsproblemen zie je echter meer in groepen met een lage SES, hoge SES hebben vaak minder gezinsproblemen of meer middelen zoals geld om eruit te komen.

Q: Uw onderzoek laat zien dat mensen met een lage SES nog steeds een hogere risico lopen op diabetes, zelfs als ze ook een goed dieet volgen, vergelijkbaar met mensen in een hoge SES. Hoe kan het dat mensen met een lage SES dit hoger risico lopen, ondanks dat t vergelijkbaar is qua dieet?

A: Dit heeft te maken met bovenstaande. Maar denk bijvoorbeeld ook aan interventies die nu worden gegeven. Meer fruit eten bijvoorbeeld. Het is niet zo dat mensen die meer fruit eten gezonder zijn. Er kan wel worden geprekeerd om meer fruit te eten, maar als de persoon nog steeds de snacks eet hebben ze nog steeds evenveel risico. Het is dus belangrijk om niet alleen te 'zeggen' dat je meer groente en fruit moet eten, maar een heel voedingspatroon moet veranderd worden. Dit hangt samen met gedrag. Eigenlijk moet er een gedragsverandering plaatsvinden voordat dit kan worden aangepakt. Het moet voor de mensen duidelijk worden dat er betere opties zijn en dat er gezondheidsvoordelen zijn aan bijvoorbeeld volkorenbrood eten in plaats van wit brood. Een goed voorbeeld die uit het gesprek naar voren kwam was onderstaand:

'Waarom is witbrood ongezond? Er zitten toch ook koolhydraten in, vitamines en vezels? 'Waarom is dit dan 'slechte' voeding?'. Dit is een bepaalde manier van denken. Een manier om dit op te pakken is om niet aan te geven dat wit brood ongezond is. Een positieve benadering werkt hier waarschijnlijk veel beter. Het is bijvoorbeeld goed om dan te zeggen: 'Volkorenbrood bijvoorbeeld bedraagt echter veel meer van deze vitamines en vezels. Waarom zou je dan graag wit brood willen eten als je met

bruinbrood 2x zoveel binnenkrijgt. En je blijft ook nog eens langer vol. (Dus hoef je minder voedsel te kopen, vrije interpretatie).

Q: *Zelf ben ik bezig met langdurige chronische stress als een onderliggende factor voor gezondheidsproblemen bij deze groep, die uitwerking geeft op een slechte leefstijl. Ik denk dat je niet perse moet kijken naar hoe de stress werkt, maar de symptomen ervan. Hoe grijpt dit aan op deze mensen. En dat je vanuit daar moet gaan kijken wat er nodig is het aan te pakken. Wat denkt u hiervan?*

A: Mensen in deze groep hebben hier waarschijnlijk last van, maar hoe kan je hierop inspelen? Wat kan je collectief bereiken? Stress is erg individueel en is lastig collectief te bereiken. Gedragsverandering op collectief niveau is een moeilijk vraagstuk. In dit opzicht weten mensen vaak zelf het beste wat belangrijk voor hun is. Als je hier wel mee bezig gaat, is het sleutelwoord inclusiviteit. Mensen willen zich niet 'the odd one out' voelen. Dus ondanks dat een interventie specifiek gericht is op een bepaald doel, moet het wel iedereen meenemen zodat andere mensen zich niet 'anders' voelen. Daarnaast is het erg belangrijk dat mensen bewuster worden van de problematiek. Wat is hun visie op gezondheid? Dat kan nog wel eens verschillen. Hun perspectief op gezondheid kan anders zijn omdat ze in een andere situatie zitten. Wat goed is, is om te kijken naar gedragspatronen zoals voedingspatronen. Ook moet je erachter komen wat belangrijk is voor deze mensen, en hierop inspelen om bijvoorbeeld opvoedvaardigheden bij te brengen zodat de doorgeefbare gezondheidsproblemen, zoals overgewicht door slechte voeding die vaak correleert met de suikerhoudende dranken die kinderen veel drinken, worden verminderd. Als je deze factoren, inclusief de gedragspatronen die correleren met de chronische stress, kan je ergens komen. Kijk ook naar hoe anderen het hebben gedaan. Vaak worden deze programma's namelijk top-down ingevuld, maar eigenlijk heb je juist input van de hele wijk nodig (inclusiviteit).

Hiernaast is het ook belangrijk om te kijken naar projecten die al worden gedaan of niet hebben gewerkt, zoals het waterproject in Beijum wat niet is aangeslagen. Als je succesvolle projecten kan identificeren is het makkelijker om te bepalen waarom andere projecten niet goed hebben gewerkt.

Appendix VI: Overzicht meegenomen erkende leefstijlinterventies

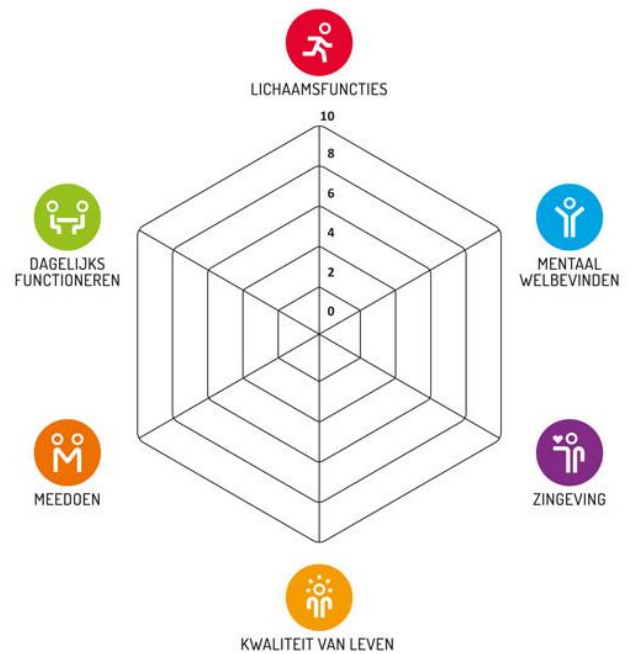
| Interventie | Erkenningsstatus | Samenvatting | Werkzame elementen | Effectiviteit |
|---|--|---|---|--|
| <i>Armoede en gezondheid van kinderen</i> | Goed onderbouwd | Heeft als doel om deprivaties die samenhangen met gezondheid terug te dringen voor kinderen met een gezondheidsrisico, dat samenhangt met geldgebrek door gebruik het gebruik van financiële voorzieningen te stimuleren en hierbij een helpende hand te bieden. De stimulatie gebeurt door professionals die al in nauw contact staan met de doelgroep, zoals professionals van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). | Goede relatie Integrale aanpak, wijkgericht, duidelijke focus met afgebakende groep, intersectoriale samenwerking, bestuurlijk draagvlak en draagvlak bij partners en bewoners in de wijk, publiek/private samenwerking en zichtbaarheid Er is geen informatie beschikbaar over werkbare elementen in het document. Wel wordt er veel informatie gegeven over mechanismen en methoden | niet duidelijk of deze aanpak feitelijk leidt tot een reductie van determinanten die leiden tot het minder gezond zijn op lange termijn. Er is geen informatie beschikbaar over de behaalde effecten. |
| <i>Bslim</i> | Goed onderbouwd | heeft als doel om overgewicht bij kinderen wonend in lage SES wijken tegen te gaan door in te zetten op gezonde voeding en meer bewegen. Hier worden ook de ouders bij betrokken. | Er is geen informatie beschikbaar over werkbare elementen in het document. Wel wordt er veel informatie gegeven over mechanismen en methoden | De fruitconsumptie is verhoogd. |
| <i>Krachtvoer</i> | Goede aanwijzingen voor effectiviteit | Het is een interventie speciaal gericht op leerlingen van klas 1 en 2 van het VMBO om het eten van meer fruit en minder tussendoortjes te stimuleren. | Coaching en beweegmomenten in de vrije tijd, multidisciplinaire aanpak, lotgenoten, signalering, vertrouwde omgeving, betrokkenheid organisaties | Gewichtsstatus verbeterde maar zijn weer teruggevallen omdat er geen nazorg is. |
| <i>WIJS</i> | Goed onderbouwd | interventie in Den Haag die gericht is op het terugdringen van overgewicht bij kinderen door lessen aan te bieden gericht op voeding en beweging | | |
| <i>Be InterACTIVE – vrouwen, sport met ons mee</i> | Goed onderbouwd | heeft als doel de fitheid/gezondheid te verbeteren en het sociale netwerk van allochtone vrouwen uit achterstandsbuurtten te vergroten door gezondheidsvoorlichting te geven, te bewegen en zich te richten op sociale integratie/participatie. | geen info. Waarschijnlijk het inzetten van vertrouwde sociale netwerk | vrouwen bewegen meer en voelen zich gezonder en mentaal sterker. |
| <i>Bewegen werkt</i> | Eerste aanwijzingen voor effectiviteit | heeft als doel om de fitheid te verbeteren van mensen met een grote afstand nagenoeg niet meer participeren en de deelnemers te laten stijgen op de participatieladder. Daarnaast moet het de werknemersvaardigheden, sociale vaardigheden, zelfvertrouwen en leefstijl verbeteren. | Sporten als centrale activiteit door vertrouwen met de groep, groepsinteractie en eigen motivatie. Ook aansluiten bij de individuele deelnemer is belangrijk. | Verbeterd fysieke fitheid, zelfvertrouwen en participatie. |
| <i>Camper-Expeditie</i> | Goed beschreven | heeft als doel om volwassenen met een hoog risico op diabetes type 2 of een mensen met een gezond gewicht met een andere risicofactor vroeg op te sporen en te stimuleren een gezonde leefstijl aan te nemen. | Populatiegericht en laagdrempelig, concrete informatie | Camper wordt goed bezocht door de doelgroep. |
| <i>Goedkoop gezonde voeding</i> | Goed onderbouwd | richt zich op het stimuleren van mensen met financiële problemen die met weinig geld moeten rondkomen die vaak beperkte gezondheidsvaardigheden hebben om gezonder te gaan eten door bij te dragen aan een gedragspatroon waarbij de deelnemers minder of hetzelfde geld uitgeven aan gezonde voeding. | Compacte interventie gericht op zelf doen. Kan goed worden ingepast in bestaande structuren en gaat uit van kleine veranderingen. De deelnemers zijn betrokken en geven elkaar tips en oplossingen. | effecten direct na de interventie waren een verhoging in fruitconsumptie en vermindering in verzadigde vetconsumptie. Een deel bleef gezonder eten na 6 maanden. |
| <i>Ik heb diabetes, wat kan ik doen</i> | Goed onderbouwd | is gericht op het verbeteren van diabetes zelfmanagement van laagopgeleide patiënten met diabetes type 2 die in de eerstelijnszorg onder behandeling zijn. | Herhaaldelijk contact en begrijpelijke informatie, actief leren en het betrekken van de doelgroep hierbij. | Niet duidelijk. |
| <i>Klachtgerichte mini-interventie: minder stress</i> | Goed onderbouwd | heeft als doel om het voorkomen van overmatige stress te voorkomen of verminderen voor volwassenen van 18+ die langere tijd last hebben van slaapproblemen, stress of piekeren door de deelnemers kennis te laten maken met basistechnieken hierin. Belangrijke subdoelgroep zijn personen met een lagere SES. | Kortdurend, passende informatie. | Het verminderd subklinische depressieve klachten door het risico op een depressieve stoornis te verlagen met 20-30%. |
| <i>Lekker in je lijf</i> | Goed onderbouwd | mensen stimuleren om volwassenen vanaf 18 met overgewicht en een laag inkomen structureel meer te laten bewegen en hierdoor hun gezondheid te verbeteren. | Persoonlijke begeleiding, bevorderen van kennis, bevordering van attitude door voordelen te benoemen en nadelen af te zwakken, actief te laten leren, aandacht voor doorstroom naar vervolgaanbod. | Verbeterde ervaren gezondheid van deelnemers en deelnemers bewegen meer. |
| <i>Liever bewegen dan moe</i> | Goed onderbouwd | gericht op vrouwen die somber of moe zijn of geen zin hebben in dingen en is specifiek geschikt voor allochtone vrouwen met een lage SES. Interventie is bedoeld voor migranten en wordt vaak gegeven aan groepen van Turkse en/of Marokkaanse afkomst. In deze interventie geven ze een aanzet tot een structureel gezondere leefstijl door te bewegen. | Passende informatie en die toepassen op het eigen leven en wordt er aandacht besteed aan sportmogelijkheden na afloop van het programma. | toename van ervaren gezondheid en stemming en klein deel van deelnemers had een vermindering van depressieve klachten. |

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|---|
| <i>Nationale Diabetes Challenge</i> | Goed onderbouwd | doel is om mensen met (een verhoogd risico op) diabetes Type 2 meer te laten bewegen om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven en de somatische gezondheid. | Samenwerken met groepsleden, laagdrempelig en wordt toegewerkt naar een doel. Ook vindt het plaats binnen de eigen woonplaats. | Significante afname van BMI, middelomtrek en bloeddruk bij deelnemers met een verhoogd risico op diabetes type 2. Ook is er een verhoging van het aantal stappen te zien bij deelnemers. |
| <i>Samen Gezond Eten en Bewegen</i> | Goed onderbouwd | zet in op een blijvende verbeterde ervaren gezondheid van vrouwen met een lage SES met overgewicht en een ongezonde leefstijl door een gezonder eet-en beweegpatroon te stimuleren en participatie te vergroten. | Groepsbenadering en participatie van deelnemers uit dezelfde buurt, combinatie van voeding en bewegen en les van ervaringsdeskundige. | Bewustwording, heeft een bijdrage geleverd aan een gezondere leefstijl d.m.v. gedragsverandering, BMI en gewicht nam af 1 jaar na interventie. Ervaren fitheid was verbeterd. Ook werd er meer bewogen. |
| <i>Samen sportief in beweging</i> | Goed onderbouwd | is een gecombineerde leefstijlinterventie die zich richt op volwassenen (18-80) met overgewicht, ongezond beweeg- en eetpatroon, slechtere gezondheidsbeleving dan gemiddeld en lage SES door in te zetten op een verandering in beweeg- en eetpatroon. | Bewegen en begeleiding en het zoeken naar passende beweegactiviteiten in de wijk met een intensieve aanpak met een uitstroomprogramma. Samenwerking met zorgverzekeraar haart de financiële barrière weg. | Ervaren gezondheid verhoogd en deel van de deelnemers sport na 1 jaar nog regelmatig. Gewicht van deelnemers is afgenomen. |
| <i>Scoren met gezondheid</i> | Goed beschreven | wil een positieve ontwikkeling op het vlak van gezondheid en participatie bewerkstelligen voor kwetsbare groepen waar deelname in de samenleving niet vanzelfsprekend is door in te zetten op 1 of meer dimensies van positieve gezondheid | Laagdrempelig aanbod, aandacht voor de groep en samenwerken met het netwerk. | Blijkt enigszins effectief. Deelnemers zijn meer gaan bewegen en gezonder gaan eten. |
| <i>Stapje fitter</i> | Goed beschreven | wil de kans op re-integratie bij uitkeringsgerechtigden die ver van werk verwijderd zijn, belemmeringen ondervinden in gezonde leefstijl in participatie en wellicht ook onvoldoende lees- en schrijfvaardigheden hebben in de Nederlandse taal bevorderen door in te zetten op een gezonde leefstijl en competenties ontwikkelen voor werk. | Geen info | helpt van de deelnemers is lid geworden van een sportvereniging en driekwart van de deelnemers is structureel vrijwilligerswerk gaan. |
| <i>Voel je goed!</i> | Goed onderbouwd | Helpt lager opgeleide volwassenen die laaggeletterd zijn om aan een gezonder gewicht te werken, waarbij wordt gewerkt aan gezonder eten, meer bewegen en wordt stilgestaan bij onder andere motivatie, sociale steun en de rol van de eetomgeving. | Deels ontwikkeld met de doelgroep, aansluiting bij aanbod in de wijk voor na de interventie, doelen stellen, handgiding, supermarktrondleiding, integrale aanpak, meerdere componenten, wegnemen praktische drempels | Positief over interventie, significante afname van BMI en taille en verbeterde algemene gezondheid |
| <i>Voel je vrij! Doorlopende groepstrainingen Stoppen met Roken</i> | Goed onderbouwd | helpt rokers met een lage opleiding of laag inkomen die overwegen te stoppen met roken of rokers die gestopt willen blijven door doorlopende groepstrainingen aan te bieden over stoppen met roken. | Individuele ondersteuning en groepsbenadering, laagdrempelig. | Helpt van de deelnemers verliet de trainingen zonder succes en een grote uitval. |
| <i>X-Fitt 2.0</i> | Goed onderbouwd | begeleid volwassenen met een gewicht gerelateerd gezondheidsrisico en een lage SES naar een actieve en gezonde leefstijl door een 2 jaar durende integraal programma | Groepsverband, intensieve persoonlijke begeleiding en toegankelijk voor mensen door samenwerking met zorgverzekeraar, voor en door mensen met een lage SES. Integrale aanpak met meerdere componenten zoals een diëtiste en leefstijlcoach. | Gewichtsafname, afname in buikomvang, verlaging van BMI en vetpercentage op korte termijn en op lange termijn (1 jaar) met een toegenomen kwaliteit van leven |
| <i>Buurtsportvereniging</i> | Goed beschreven | voor bewoners in achterstandswijken die niet of onvoldoende deelnemen aan een sport/andere maatschappelijke activiteiten en heeft als doel om de deelnemers meer te laten sporten en bewegen en zo ook meer betrokkenheid te creëren. | Niet gespecificeerd. | Geen informatie beschikbaar. |
| <i>Gewichtige gezinnen mini</i> | Goed beschreven | richt zich op een gedragsverandering bij kinderen van 2 tot 4 met een (risico op) overgewicht of obesitas en hun ouders/verzorgers op het gebied van voeding en beweging. | Niet gespecificeerd. | Geen informatie beschikbaar. |
| <i>Gezond kopen, gezond koken</i> | Goed onderbouwd | richt zich op het verbeteren van het voedingspatroon van mensen met lage SES die gebaat zijn aan gezond voedingspatroon (vaak mensen met/risico op overgewicht of kinderen die hiermee kampen) door een bijdrage te leveren aan voedingsgedrag door gezonde productkeuze te stimuleren en het tegengaan van overconsumptie door het kopen, koken en eten aan te pakken. | Ontwikkeld met de doelgroep en de subdoelen passen bij de gestelde determinanten. De werving vindt plaats door contactpersonen in de buurt en de interventie vindt plaats in de buurt. | Geen informatie beschikbaar. |
| <i>Simple Fit!</i> | Goed onderbouwd | Wil het opvoedgedrag beïnvloeden van turkse moeders met kinderen met (dreigend) overgewicht in de leeftijd van 0-12 jaar ten aanzien van voeding en beweging om de prevalentie van overgewicht en obesitas te verminderen. | Groepsverband en focus op opvoedvaardigheden, bewegen en oefenopdrachten. Daarnaast is de locatie van de interventie in de buurt en is het tijdstip gunstig voor de deelnemers. | slecht bereik waardoor er weinig deelnemers zijn, daar bovenop nog veel uitval. Lijkt een klein positief effect te hebben bij de deelnemers en merendeel had de intentie om gezonder te eten. |
| <i>Sportclub als buurthuis van de toekomst</i> | Goed beschreven | beoogt de sport- en beweegparticipatie van Lage SES wijkbewoners te verhogen en een positieve bijdrage te leveren aan de sociale cohesie in de wijk. Subdoelgroepen zijn jongeren van 4 tot 12 jaar en 12 tot 18 jaar, volwassenen, senioren en niet-westerse mannen en vrouwen. | Niet gespecificeerd. | Geen informatie beschikbaar. |
| <i>Voor je het weet zijn ze groOt</i> | Goed onderbouwd | gericht op ouders met kinderen van 2-12 jaar die onvoldoende bewegen en ongezond eten versterken in hun opvoedvaardigheden om hun kinderen gezonde voedings- en beweegpatronen aan te leren. Het is een interactieve interventie van een dag waar een toneelstuk wordt opgevoerd. | Aandacht die de acteurs trokken, herkenbaarheid, interactie, sfeer. | De informatie werd begrepen en onthouden. |
| <i>VoorZorg</i> | Goede aanwijzingen voor effectiviteit | primair is gericht op het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling bij kinderen van moeders met een opeenstapeling van risicofactoren primair gericht op de kinderen maar ook op ondersteuning van de moeder. In eerste instantie lijkt de interventie niets te maken te hebben met leefstijl, maar deze interventie richt zich ook op gezonde leefstijl, stressreductie, gezonde voeding en het verbeteren van het netwerk. | Bouwt op betrouwbare en voorspelbare relatie, hechte relatie, systematische bewustwording, realistisch haalbare doelen voor de deelnemers | moeders hadden veel steun aan de relatie. De deelnemers lieten een verminderen zien in het rookgedrag. |

Appendix VII: Positieve gezondheid

Positieve gezondheid is een gedachtegoed ontwikkeld door Machteld Huber die het *institute for positive health* heeft opgericht. Het is een brede kijk op gezondheid die verder kijkt dan de aandoeningen van mensen. Het accent ligt hier op de mensen zelf, op hun veerkracht en wat hun leven betekenisvol maakt [167]. Positieve gezondheid is een uitwerking in 6 dimensies van de brede benadering van gezondheid (Figuur 4.) Dit zijn lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Dit spinnenweb is ontwikkeld als gespreksmodel en staat dicht bij de beleving van de cliënt [167].

Positieve gezondheid benadrukt het potentieel, niet wat er niet meer gaat door ziekte of beperking. Gezondheid is meer een middel dat iemand zijn/haar ding kan doen. Er vindt overal in het land vertaling plaats door professionals van het concept naar de praktijk en verandert hiermee onze blik op gezondheid [168]. Echter zijn er nog twee uitdagingen voor het gedachtegoed positieve gezondheid, namelijk de complexiteit van het brede begrip hanteerbaar maken én het meetbaar maken van positieve gezondheid [168]. Het laatste is een punt waar het instituut ook mee bezig is. Hoe kan het positieve gezondheid gemeten worden? In mei is in samenwerking met verschillende partijen, waaronder de Rijksuniversiteit Groningen, begonnen aan de ontwikkeling van een meetinstrument om projecten vanuit een brede benadering van gezondheid te evalueren [160].



Figuur 4. De zes dimensies van positieve gezondheid.

Appendix VIII: Vragenlijst voor professional dicht bij de doelgroep

Om meer informatie te krijgen over de doelgroep, is er een gesprek gevoerd met een werker die werkt in een lage SES wijk. Door zijn werk staat hij dicht bij de doelgroep en heeft hij veel contact met de doelgroep. Op basis van zijn werk is het interessant om met deze persoon te praten over hoe je de doelgroep het beste kan bereiken. Onderstaande informatie geeft het gesprek weer.

Q: Kan je kort vertellen over je werk? Wat je doet en wat het betekent voor de doelgroep?

A: Het betekent eigenlijk een sociale basis van wijken en dorpen. Ik probeer de sociale basis zo sterk mogelijk te maken en bewoners te ondersteunen daar waar ze hulp nodig hebben. Door de sociale basis te versterken in buurten wordt een sterk netwerk gevormd dat ze ons als opbouwwerkers, maar ook andere instanties, kunnen brengen. Wat opbouwwerk betekent is dat de mensen in het beste geval een persoon kunnen spreken over wat hun bezighoudt, ongeacht achtergrond of waar ze vandaan komen. Ze kunnen problemen bespreken, maar ook kansen die ze zien in de wijk bijvoorbeeld dat de drempel van een stoel letterlijk te hoog is om de wijk uit te komen. Opbouwwerkers zijn een laagdrempelige ingang voor dit soort problemen. De opbouwwerkers zijn in dat opzicht onafhankelijke spelers met weinig belangen en doelen en dit maakt ons benaderbaar voor de bewoners.

Q: Je werkt met een lastig te bereiken doelgroep, waarom zijn ze lastig te bereiken en hoe bereik jij ze?

A: Om ze te bereiken is aanwezigheid erg belangrijk, daarnaast is de manier van contact maken ook erg belangrijk: hoe breng je jouw verhaal naar de mensen toe? (In het geval van interventies) de mensen hebben andere prioriteiten dus staan ze er niet naar. Het moet niet zo zijn dat wij een goed idee hebben dat we willen implementeren bij deze mensen. Het moet gebaseerd zijn op een goed vertrouwen. Echter is het voor gemeentes niet verleidelijk om op lange termijn te investeren voor een enorm netwerk. Investeren is heel belangrijk om de doelgroep te bereiken en gemeentes moeten dit durven om een duurzame relatie op te bouwen. Door een duurzame relatie in goed vertrouwen zou je meer kunnen bereiken. Van sommige beroepen wordt bemoeienis wel geaccepteerd, zoals een sociaal werker. Een sociaal werker alleen een probleem op te lossen en werkt oplossingsgericht. Omdat het een probleem is die direct moet worden opgelost voor de bewoners wordt dit wel geaccepteerd.

Q: Kan je wat vertellen over de wijk waarin jij werkt in Smallerland?

A: De Wiken is een grote wijk in Drachten waar het gemiddelde inkomen heel laag ligt. Er zijn veel sociale huurwoningen in de wijk en heeft een lage SES status. Daarnaast zijn er veel problemen in de wijk en sociale verloedering door bijvoorbeeld het slechte onderhoud van huizen, huiselijk geweld en hangjongeren die veel overlast veroorzaken. Er zijn wel initiatieven om de wijk beter te maken, zoals het Sportbedrijf dat inzet op naschoolse activiteiten die met name gericht zijn op basisschoolleerlingen op het gebied van bewegen. Buurtsportcoaches zouden bewegen kunnen oppakken als dit nodig is. Waarom de gezondheid minder is van deze wijk is echter lastig te zeggen, omdat ook deze wijk ruim opgezet is net zoals de wijk ernaast. Waar het vandaan komt zou ik dus niet weten, maar wat wel duidelijk is voor mij is dat deze mensen te weinig handvatten hebben over wat wel in niet gezond is. Er is genoeg sportaanbod in de wijk waar gebruik van kan worden gemaakt en er is een overvloed aan faciliteiten. Deze zijn met name gericht op kinderen/jongeren. Voor volwassenen/ouderen geldt hetzelfde maar die moeten sneller lid worden van een vereniging. Het bewegen ligt in deze specifieke wijk onder het gemiddelde en veel bewoners weten niet waar ze terecht moeten. Daarnaast speelt veel stress van financiën een grote rol en hebben geen tijd voor gezond leven/meer bewegen, ze zijn veel meer bezig met losse eindjes aan mekaar knopen.

Q: Weet jij ook welke leefstijlinterventies worden aangeboden in de lage SES buurten?

A: Hier in de wijk wordt een programma aangeboden genaamd *Voel je goed*, waarin bewoners informatie krijgen over voeding in voor hun begrijpelijke taal. Het betreft een programma van 20 weken waarbij bewoners zich kunnen inschrijven. Hiervoor krijgen wij ook de vraag om bewoners te werven. De personen hebben dan contact met ons, maar weinig tot geen contact met de uiteindelijke doelgroep.

Q: Wat maakt interventies/programma's succesvol? /Wat is in jouw ogen een goede preventie aanpak?

A: Je moet eigenlijk goed kijken naar wat de mensen belangrijk vinden bijvoorbeeld op gezondheid. Dus je moet van binnenuit de buurt aan de slag. Alleen op deze manier kan een interventie slagen, door een goede relatie te hebben met wijkbewoners en te weten wat er speelt. Je moet de focus leggen op de lange termijn; Projecten houden op maar mensen die blijven daar wonen dus het project moet niet ophouden.

Q: Wat zijn onderdelen waarvan je denkt die nodig zijn om een dergelijke aanpak te laten werken?

A: Het netwerk is erg belangrijk in een dergelijke aanpak. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met de verhoudingen koop/huur. De middenklasse vertrekt namelijk steeds meer en juist die klasse kan een belangrijke speler zijn in het delen van kennis en hun verhalen. De middenklasse moet dus behouden worden omdat zij ook deel uit maken van de wijk. Inclusiviteit is hierbij erg van belang.

Q: Er wordt in de literatuur veel geschreven over de langdurige chronische stress die mensen met een lage SES ervaren. In hoeverre denkt u dat dit een factor is die leidt tot deze gezondheidsverschillen? Zie je dit terug in de groep waarmee je werkt?

A: De financiële situatie weerhoudt mensen ervan om mee te doen. Mensen trekken een muur op en daardoor kom je niet goed te weten wie ze zijn. Hierbij zijn opbouwwerkers erg van belang. Opbouwwerkers zijn er namelijk altijd. Door de aanwezigheid van ons komen de mensen met wie we in contact zijn sneller tot de kern. Wij zijn er dan voor informatievoorziening en werken hiervoor erg relatiegericht.

Q: heb jij ook zicht op wat de mensen Zelf vinden van de programma's?

A: Ik heb geen zicht op wat mensen zelf van de programma's vinden, maar als er een programma wordt aangeboden over een bepaald probleem wat door de mensen niet wordt gezien als probleem is het de kracht om bij de mensen aan te sluiten. Bij het aansluiten van de problemen gezien uit het perspectief van de wijkbewoners is een goede relatie erg belangrijk. Er zijn wel een aantal projecten (geweest) die gingen om een gezondere buurt en het meer uitnodigen tot bewegen. De aanpakken zijn niet geslaagd en dit zat hem voornamelijk in het stukje communicatie en dat beloftes niet altijd worden waargemaakt. Er is ook weleens een programma geweest waar er naar ideeën uit de wijk weg gevraagd, maar er werd uiteindelijk weinig tot niets mee gedaan. Daarnaast is het nog een punt dat deze mensen eigenlijk niet goed weten met wie ze eigenlijk te maken hebben. Welke mensen zijn betrokken bij het maken van dergelijke aanpakken? Daarnaast ligt het accent vaak op lastig en moeilijk, dus je moet dealen met de bewoners die er wonen. De mensen hebben maar capaciteiten dan je denkt en/of weet.

Q: Weet jij ook waar de mensen zelf behoefte aan hebben?

A: De sociale basis wordt steeds dunner, dus er moet worden gestreefd naar een sociale basis. Mensen moeten elkaar blijven helpen, dus je moet niet alleen kijken op individueel niveau. Ook moet er duidelijk zijn wat er al te vinden is en inzetten op verbinden van mensen, maar ook van mensen met voorzieningen. Er moet gebruik worden gemaakt van het netwerk en inzetten op het zelfredzaam maken van mensen. Ook wordt er vaak geografisch gekeken als het op wijken aankomt en met het bestempelen ervan. Echter moet je ook weten waar deze mensen echt uithangen. Het kan zijn dat op basis van postcode mensen in een wijk wonen, maar er in de praktijk weinig rondhangen maar veel meer tijd doorbrengen in de wijk ernaast. Interventies zijn vaak gericht op een wijk of bepaalde

wooncircels. Ook moet er beter op buurtniveau worden gekeken, want in de ene buurt moeten andere dingen worden aangepakt dan in een andere buurt, waarin het belangrijkste is hoe de bewoners ervaren waar ze wonen.

Q: Hoe kan je de doelgroep motiveren?

A: In het motiveren van mensen zit een stukje zingeving. Hierbij is het belangrijk dat een bepaalde aanpak een toevoeging moet zijn aan het leven. Het is dus de kunst om er een stukje gezondheid in te laten vliegen, hoe kan je dit zo maken dat het een toevoeging is aan het leven van deze mensen? Ook is laaggeletterdheid hier belangrijk. Vaak worden communicatiemiddelen gebruikt die niet altijd begrijpelijk zijn. Het belangrijkste is echter om in contact te komen met de mensen en relatiegericht te werk te gaan. Mensen beter leren kennen als persoon kan al helpen. Wat zijn vindplekken voor bewoners? Ga daar eens heen als beleidsadviseur, of ga eens koffie uitdelen in de wijk. Zo leer je de mensen kennen en zij jou, waardoor er wordt ingezet op relaties en vertrouwen. Dit geldt overigens niet alleen voor lage SES wijken, maar voor alle wijken. Laat je gezicht eens zien, dan krijg je veel meer gedaan.

Appendix IX: Vragenlijst Samira

La Forsa

Q: Jij bent meervoudig taekwondo kampioen, kan je me wat meer vertellen over je achtergrond en wat je gemotiveerd heeft om te komen waar je nu bent?

A: Het is eigenlijk begonnen in 2016 vanuit de vraag van Gemeente Amsterdam. Er was namelijk een grote groep meiden van 12+ die onzichtbaar is en de gemeente wist niet wat ze konden doen om ze te bereiken. Ik zat toen op een hele andere afdelen maar gaf vanuit sport weleens wat lessen. Ik heb toen naar aanleiding van de vraag een keer een sportles georganiseerd in Amsterdam West. De meiden waren helemaal niet onder de indruk van mij als wereldkampioen. Ik deed toen ook modellenwerk ernaast en ik kwam naar de les toe vanuit een shoot dus ik zat nog vol in de glam. De eerste vraag die ik kreeg van een van de meiden was of ik model was. Dat heeft hun aandacht getrokken, niet dat ik wereldkampioene was maar dat ik met fashion bezig was. De meiden vonden dat interessant en ik heb dat toen aangeboden om er mee bezig te gaan waarbij ik een deel heb gemaakt. Als we bij elkaar komen gaan we met beauty en fashion bezig maar er stond tegenover om dan 1x per week een uur te sporten. In het begin hadden sommige meiden geen zin en kwam er niets van. Ik heb toen gezegd dat ze maar moeten kijken als ze niet mee willen sporten. De meiden heb ik toen aan de kant laten zitten en langzamerhand wilden ze toch meedoen. Waarschijnlijk omdat ze zagen dat het leuk was. Op een gegeven moment wilden ze zelfs meer gaan sporten. Het waren meiden die erg 'lastig' waren en niet op de radar stonden, bijvoorbeeld meiden die na school niet thuiskomen en amper naar school gaan.

Q: Via Anneke heb ik gehoord over La Forsa, om jongeren in de wijk weer te laten sporten en weerbaarder te maken. Kan je kort vertellen over het programma/hoe het is ontstaan?

A: Zie eerste vraag. Het begon dus eigenlijk vanuit een andere vraag vanuit de meiden, namelijk fashion en beauty, maar ik vroeg er wat anders voor terug. Dat heeft ze wel gemotiveerd om dit te doen. Het programma duurt 8 weken waarin wordt gewerkt/gesport. Dit was best wel kort maar er werden wel resultaten behaald binnen die 8 weken. Ik had toen 2 groepen. We sluiten het programma af met een evenement die ze zelf mogen organiseren en zelf bepalen wat ze willen doen. Ze hadden twee keer een modeshow georganiseerd in Amsterdam. Ze begonnen klein maar het is daarna uitgegroeid tot uiteindelijk een theater met catwalk. Ze hebben het allemaal zelf gedaan én zonder budget en dit laat zien dat ze echt heel veel kunnen en dat ze dingen die ze leuk vinden ook echt doen. De meeste meiden waren ook heel onzeker, bijvoorbeeld dat ze in de klas niet eens iets durfde te zeggen, maar met mijn programma groeide het zelfvertrouwen in het zelfbeeld. Toen ze met het idee van de modeshow kwamen hadden ze de vraag over waar we de modellen vandaan moeten halen. Ik zei toen dat ze zelf de modellen zijn en in het begin wilden ze dit echt niet maar uiteindelijk zijn ze wel zelf de catwalk opgegaan. Dit geeft ook weer dat hun zelfvertrouwen en zelfbeeld enorm is verbeterd door dit programma.

Q: Je werkt met een lastig te bereiken doelgroep, waarom zijn ze lastig te bereiken en hoe bereik jij ze?

A: Spreek weleens met beleidsmedewerkers en moet uit behoefte van de doelgroep komen. Wat vinden ze leuk? Dat doen we in het uur dat we praten en het andere uur moeten ze in beweging komen. De aanpakken gaan niet goed, ze blokkeren weer. Met Samira willen ze wel goed praten. Veel beter samenwerken in meer investeren in zulke programma's. Samira deed een project van 20 weken en de meiden willen onderdeel blijven van laForsa maar de meiden dragen nog steeds de dingen dus ze voelen zich nog verbonden en zoeken de positiviteit op. Samira heeft een eigen sportvereniging opgezet sinds oktober en nu 40 mensen. Meiden vanuit de 2^e groep van 15 meiden hebben 4 mensen zich ingeschreven. Werkte eerst samen met de jongerenorganisatie en moest nazorg zorgen, Samira was ermee in gesprek dat er helemaal geen vraag is vanuit de doelgroep. Om te laten zien dat er wel degelijk vraag naar is, binnen een uur 200 ingevulde vragenlijsten. Je weet eigenlijk niet wat er speelt

blijkbaar als gemeente. Hoe kunnen we dit uitbreiden? Moet voor iedereen uit, leidt 5 laforsa coaches op en die kunnen andere groepen trainen. De jongere meiden van 11-12 kijken er tegenop.

Q: Wat maakt dit programma succesvol?

A: Door het sporten bereik je veel meer maar heb je het eigenlijk niet door. In het programma hebben de meiden zelf de touwtjes in handen en doen ze wat ze zelf willen. In Amsterdam ben ik hiermee begonnen en het bleek erg succesvol dus wilde ik dit in Drachten ook doen omdat ik hier vandaan kom en wel iets wil bijdragen. Toen ik hier kwam was het echt heel anders. De Amsterdamse meiden zijn wel onzeker maar die praten veel meer dan de meiden hier. Er zit een groot cultuurverschil. Toen de GGD meiden had uitgekozen voor het programma kwamen ze binnen en de meeste met ouders. Een groot verschil met hoe het in Amsterdam is. Het is een hele andere doelgroep maar ben ervan overtuigd dat de problematiek niet alleen in Amsterdam speelt maar overal. Daarnaast werkt het ook goed dat de oudere meiden worden opgeleid en hun eigen groep kunnen draaien van jongere meiden met een leeftijd van 11-12 jaar. In Drachten werkte ik met weekthema's en die kwamen van de meiden zelf, wat ook erg heeft meegeholpen. Meiden kunnen dus doen wat ze zelf leuk vinden en door het sporten kwamen ze lossen. In Drachten was de cultuur heel anders dan in Amsterdam, dus daar werd op ingespeeld door de eerste les aan te bieden voor de kinderen en ouders. Ouders mochten meesporten. Op deze manier kregen ze een klik onderling en kwamen ze los.

Q: Hoe kun je mensen motiveren om mee te doen aan een bepaald programma, wellicht een programma waarvan ze zelf nog niet de meerwaarde zien?

A: Voor meiden van 12+ was er weinig aanbod en de GGD heeft 17 meiden geselecteerd met overgewicht en andere problematiek. Wat succesvol was is dat je ze iets laat doen wat ze zelf leuk vinden en daar iets tegenoverstellen. Hier in Drachten was het wel anders dan in Amsterdam omdat ik de meiden niet kende. We werken samen met Sportbedrijf en Jongerenorganisatie. Ons doel was in eerste instantie om een percentage van de 17 meiden te laten doorstromen naar lokale verenigingen. We kwamen er helaas heel snel achter dat de meiden met veel onzekerheden zitten en de stap om naar een sportvereniging te gaan heel groot is en eng is. Die stap zullen ze dan ook nooit nemen. In Drachten kennen de meiden elkaar en hier hebben ze 20 weken samen gewerkt, waardoor ze echt een band met elkaar hebben opgebouwd en echt een vriendinnengroep is geworden. We willen 'de onzichtbare doelgroep' laten blijven sporten. We wilden ze laten doorstromen naar de jongerenorganisatie, die verantwoordelijk zou zijn voor het aanbod erna. Daarnaast werken ze ook samen met het Sportbedrijf. Hieruit bleek dat een klik ook erg belangrijk is om de meiden te laten sporten. Ik dacht eerst dat het goed zou gaan want ook een jong leuk meisje, maar er bleek geen klik te zijn door de manier van omgaan met de meiden. De klik is echt ontzettend belangrijk om iets te bereiken bij een moeilijk te bereiken doelgroep. Ik zag dat er hele andere meiden stonden als ik les gaf dan als het Sportbedrijf een les gaf. Ik heb ze ook gevraagd wat ervoor zorgt dat het bij mij wel lukt en bij de andere niet. Omdat we 20 weken hebben gewerkt zijn ze ook heel open en eerlijk en ze hebben goede feedback gegeven. Daaruit kwam ook dat de klik heel belangrijk is. Ook als de GGD aanwezig was, of iemand met een andere leeftijd die iets wil komen vertellen is die klik echt belangrijk anders kom je niet verder. Om iets te bereiken hebben ze een soort rolmodel nodig, maar dat hoeft niet een echt rolmodel te zijn maar iemand die een goede klik heeft en iets heeft bereikt, groot of klein.

Bij mij ging het motiveren heel natuurlijk omdat ik die meiden goed begrijp. Bij de tweede groep was het wel spannend want je kent de meiden niet goed. Toch is het goed gekomen en zijn de resultaten achteraf veelbelovend. Door dit programma verander je levels en ze zitten in een groep waar ze echt begrepen worden.

Appendix X: Jerrel

Q: Kan je me wat meer vertellen over je achtergrond en wat je gemotiveerd heeft om te komen waar je nu bent?

A: Ik kom zelf uit de doelgroep en het overgewicht. Daarnaast was ik donker en homo, wat het moeilijker maakte. Ik ben heel veel afgevallen waardoor ik medicatie vrij ben. Ik liep vooral tegen professionals aan, die begreep ik niet. Ze wilden van alles en hadden het over calorieën en koolhydraten etc. Toen ik zelf bezig was met afvallen voelde ik me gezond. Mensen kan je ook lekker simpel helpen. Als je mensen hebt en gemotiveerd hebt dan stuur ik ze bij. Ik wil graag mijn ervaringen doorvertellen. Belangrijk is dat ze zelf regie in de hand houden, ze mogen het maar moeten niets. Daarnaast ben ik altijd heel eerlijk. Door de groep zien ze andere mensen afvallen; 20/30 kilo kwijt, medicatie af, geen hartproblemen, geen suikerpatiënt. Sommige zijn bijvoorbeeld al jaren bezig met fysiotherapeuten en artsen etc. en dit werkt vaak de eerste week wel. Bij heel veel instellingen leer je de mensen eigenlijk niet kennen en ze kennen en snappen ze je situatie niet. Als je het moeilijk hebt zit je in een overlevingsstand, zelfde als je bent gevluht of als je zenuwen hebt ook. Er is heel veel stress. Ik laat ze meer inzicht krijgen in hun dingen en ik probeer ze een beetje bewust te maken dat mensen wel mogen eten maar wel op speciale momenten maar niet elke dag.

Q: Via Nick heb ik gehoord dat je sport met heel veel mensen. Kan je kort vertellen over het programma/hoe het is ontstaan?

A: Het is meer dan alleen sporten, het is bewegen met plezier. Alles wat je doet moet je met plezier doen. Het is sport en spel; spelletjes als trefbal, voetbal, basketbal, Zumba, basketbal. Er is een hele goede energie. Je moet niets, als je het geen flikker aan vindt blijf dan thuis. Het is voor iedereen toegankelijk, als je alleen doet voor mensen met obesitas bijvoorbeeld dan is het echt hokjes plaatsen. Er zijn verschillende culturen en mensen en dus een hele natuurlijke zorgzame groepen. Ze helpen elkaar, steunen elkaar, doen niet arrogant. Niet alleen op locatie, probeer de mensen ook uit andere wijken weg te halen. In het Netwerkcentrum kan je dit en dat doen. Wij zijn een soort gids van hun en laten ze inzien dat er meer moet worden bewogen, wandelen of fietsen; meer bewegen.

Q: Je werkt met een lastig te bereiken doelgroep, waarom zijn ze lastig te bereiken en hoe bereik jij ze?

A: Dit is echt bewegen met plezier, gewoon genieten en geen hoge eisen stellen. Maak grapjes, entertain. Blijf jezelf. Heel vaak komen professionals uitleggen hoe je het moet doen. Dit werkt gewoon niet, vooral als professionals zeggen wat we moeten doen. Mensen hebben het heel moeilijk met deurwaarders etc. Mensen snappen niet waar je tegenaan loopt. We hebben bijvoorbeeld een Lezen/schrijven programma in de groep; kijk waar de kracht zit van de mensen. Ze bloeien een beetje op door de manier hoe je met ze omgaat. Deze mensen zijn bang voor professionals en komen niet de deur uit. Ze zien dat er van alles mogelijk is. De arme mensen kijken naar de appel en worden al moe om het te bereiken. Ik laat ze ieder keer weer prikkelen, iedere keer wat anders. Daardoor vinden ze het programma ook zo leuk. Het is meer dan alleen sporten. We hebben ook Multicultureel koken, 4 dames van de bewegingsgroep koken een (gezond) gerecht. Voor hun is het een uitje. Niet alleen het sporten. Ook Eritrese ouderen, walking football. Thomas doet een mannengroep, bokser erbij.

Het belangrijkste is dat ik midden in de wijk actief bezig ben. Moet vlakbij hun huis bezig, voetbalveld, basketbalveld. Etc.

Ze weten de wegen wel te vinden. Soms doen ze een gezondheidstest maar dan kan hij het niet goed overbrengen. We doen het samen, dus we vragen dan iemand die het kan vertalen. Ze hebben ook het gevoel dat je nu ergens bij hoort. Vroeger hoorden ze nergens bij, nu horen ze er wel bij. De eerste 2 jaar moest ik keihard werken. In Fryslân hebben buurtsportcoaches een HBO opleiding, komen uit een dorp. Ik heb dat niet. Daarnaast: werkt veel met ervaringsdeskundige. Heeft ook op zijn gebied dingen gehad. Coaches komen ook uit de groep.

Appendix XI: Vragenlijst HANNN

Q: Jullie zijn het Healthy Ageing Network, kan je kort vertellen wat jullie doen?

A: HANNN is 10 jaar geleden opgericht vanuit het UMCG, de vraag naar de gevolgen van vergrijzing, omdat vergrijzing een grotere impact heeft in het Noorden op onder andere zorgdruk. Er werd gevraagd om bij te dragen aan meer gezonde jaren. Uit deze vraag zijn eigenlijk drie initiatieven ontstaan. Dit zijn Lifelines, ERIBA en HANNN. Lifelines doet onderzoek naar leefstijl, onder andere hoe het kan dat de een ziek wordt en de ander niet. Lifelines is gericht op het gedrag. ERIBA doet biologisch onderzoek en richt zich hierbij om de mens. HANNN vertaalt de kennis naar een maatschappelijke impact. Er waren veel gezonde producten en concepten, maar deze werden eigenlijk geconsumeerd door de doelgroep die er toch al mee bezig is. Toen kwam eigenlijk de vraag naar hoe voedselgedrag bestaat en hoe we dit kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld is het hebben van een regionaal eetpatroon. Mensen in zuidoost Drenthe heel anders eten dan mensen in Leeuwarden. Dit geeft aan dat met betrekking tot onder andere eetgedrag niet alleen het individu van belang is, maar ook de omgeving en de cultuur die er heerst. Wat je veel ziet is dat interventies die gericht zijn op het individu vaak de gezondheidsverschillen vergroten in plaats van verkleinen. Zoals je misschien zelf ziet zijn bewustwording en educatie geen goede tools omdat dit vaak niet werkt. Hier komt ook steeds meer informatie over, dat dit niet werkt. Ik heb een keer een enquête gehouden en hieruit kwam dat meer dan 50% van de respondenten niet eens met gezondheid bezig is. Je moet dus goed begrijpen wat de gewoontes zijn in wijken en dorpen en wat de cultuur is om gedragingen daar te kunnen beïnvloeden.

Q: Hebben jullie ook projecten specifiek voor de doelgroep?

A: Wij zijn nu met name bezig om te mensen te leren kennen, waarbij dit in Leeuwarden wordt gedaan. Ik zit daar een jaar lang 2 dagen per week in de wijk en te kijken wie er rondlopen en mensen leren kennen. We hebben een gebouw in het gebied, een netwerkcentrum waar iedereen met een hulpvraag terecht kan. Van kapper tot kopje koffie. Ik ben dus een jaar lang 'ingeburgerd' in de wijk en heb het sociale netwerk goed leren kennen. Wat daarbij erg opvalt, is wanneer professionals feeling hebben met de doelgroep of niet. Professionals moeten een link zijn tussen het werk en het individu, waarbij een band erg belangrijk is. Echter is dit vaak niet het geval, sommige bewoners vertelden dat er vaak in hokjes wordt gedacht door de professionals. Tegen mij werd gezegd 'jullie denken tenminste niet in hokjes'. Het hebben van een gezonde leefstijl bijvoorbeeld is in principe vrij makkelijk door gezonder te gaan eten en meer te bewegen. Het gaat echter om het 'hoe'. Er moeten connecties worden gelegd met de bewoners waarbij langdurig contact erg belangrijk is. Het moet langdurig zijn en niet een aanpak van, laten we zeggen, een week en dan weer weg zijn.

Q: Wendie Zwarts had het over het project gezonde huiskamer, en jullie zijn met meer projecten bezig, wat voor projecten zijn dit?

A: Vanuit de stichting hadden we een busje aangeschaft waarbij we normaal gesproken door heel Nederland om gezondheidschecks te doen. Op den duur deden we het dus in Fryslân. Wat heel opmerkelijk is, is dat heel veel mensen geïnteresseerd om een gezondheidscheck te doen ongeacht SES-status. Het is zeer laagdrempelig en je krijgt een fysiek een rapportje mee naar huis. Rapport geeft een aantal waardes weer en dat rapport gaat vooral over dingen waar je slecht op scoort hoe je dit op kan verbeteren. Omdat dat nu niet kan door corona doen we nu andere dingen voor de wijkbewoners, zoals radio maken voor de mensen en bijvoorbeeld gratis bloemen uitdelen.

Q: Mijn project gaat over gezondheidsverschillen tussen lage en hoge SES, waar komt dit volgens jullie vandaan?

A: De omgeving is erg belangrijk in het gedrag. Ik ben ervan overtuigd dat de omgeving de grootste bijdrage levert aan (on)gezond gedrag. Iemand in de wijk die een goed voorbeeld is over hoe het zou moeten is Jerrel. Jerrel had enorme overgewicht maar is gaan sporten en heeft veel gewicht verloren.

Hij heeft nu een stichting opgericht om te gaan sporten met jongeren. Wat je ziet is dat het niet alleen gericht is op het verliezen van gewicht, maar het is een soort vriendengroep geworden. Hij sport moet een moeilijke doelgroep maar heeft meer dan 100 mensen met wie hij sport. Hij heeft elke dag een andere groep. Hij heeft feeling met de mensen en kan goed contact maken en motiveren.

Jerrel is een kalm persoon in de wijk en gebruiken hem als voorbeeld over hoe het zou moeten. Is een persoon in de wijk had hij enorme overgewicht. Wat hij doet heeft een stichting opgericht **058 samen sterk**. Hij sport met een moeilijke doelgroep. Hij heeft meer dan 100 mensen met wie hij sport en elke dag een andere groep. Goed om de doelgroep te motiveren. Bij hem geweest terwijl hij aan het sporten is. HANNN helpt hem met de stichting. Via Facebook even een berichtje stuurt. Veel initiatieven en onderzoekers om te begrijpen hoe de doelgroep werkt.

Q: Er wordt in de literatuur veel geschreven over de langdurige chronische stress die mensen met een lage SES ervaren. In hoeverre denkt u dat dit een factor is die leidt tot deze gezondheidsverschillen?

A: Stress is er zeker wel maar stress gaat vaak gepaard met eigenwaarde. Iemand de sterk in zijn schoenen staat kan heel anders met stress omgaan dan andere mensen, aanpassing van dieet werkt alleen klopt. Hoe merk je dat? Eigenlijk is het stress in combinatie met onzekerheid en heeft er met een grote aanname en kunnen het niet overzien hoe de maatschappij in mekaar zien. Open houding is er al niet. Zo weinig nodig om een klein vertrouwensbandje.

Q: Wat maakt interventies/programma's succesvol? /Wat is in jouw ogen een goede preventie aanpak of Wat zijn onderdelen waarvan je denkt die nodig zijn om een dergelijke aanpak te laten werken?

A: Het allerbelangrijkste is om feeling te hebben met de doelgroep. Contact maken en een netwerk opbouwen is essentieel om verder te komen, laat ook Jerrel zien. Daarnaast is het erg belangrijk om aan te sluiten bij de cultuur die heerst in een wijk of buurt waar je mee aan de slag wil. Ook hierbij is het dus belangrijk om eerst flink te investeren in het opbouwen van een netwerk, want zo kom je er achter wat er speelt en wat de gebruiken zijn.

Appendix XII: Vragenlijst GGD Medewerkers

Deze vragen zijn gesteld aan medewerkers van de GGD, waarin werd gevraagd naar hun perspectief op bepaalde processen en gang van zaken. De antwoorden geven dan ook een perspectief weer van een medewerker en dit geldt dus niet voor de gehele organisatie. Wel kan er op deze manier worden geïdentificeerd worden of de medewerkers bepaalde knelpunten hierin ondervinden.

Q: Wat is het huidige beleid omtrent het ontwikkelen/adopter/geven van een (leefstijl) interventie of gezondheid bevorderende aanpak?

Ik vroeg me af of hier ook een maximale tijd aan zit, wat de middelen zijn en hoe er wordt bepaald welke interventies er worden gegeven.

A: Er komt vaak een vraag vanuit de gemeente naar de GGD als ze met een bepaald thema aan de slag willen of in de beleidsnota hebben staan. Vaak is de vraag of we kunnen meedenken en nadenken over welke interventies passen binnen hun huidige doelen en de gesignaleerde problemen; wat wordt al aangeboden en wat is een aanvulling. Telkens als er zo een vraag is wordt er afgewogen welke initiatieven er al zijn en welke dan het beste passen. Het beslissen van het wel of niet uitvoeren/aannemen van bepaalde interventies wordt in samenspraak gedaan met de gemeenten. Hier wordt dus goed gekeken naar of de interventie of een aanpak wel of niet past. Als blijkt dat een gemeente dan aan de slag wil met een aanpak of interventie is het aan de gemeente om er uitvoering aan te geven. Als de GGD heeft meegedacht kunnen het ook mensen van de GGD zijn, maar het kan ook zijn dat de uitvoering van een interventie beter geschikt is voor wijkteams. In zo een soort geval wordt de gemeente dan de uitvoerder.

Op welk gebied er actie moet worden ondernomen wordt onder andere bepaald door de data van de GGD, zoals onder andere een gezondheidsmonitor. De GGD bespreekt de cijfers dan met de gemeenten. Beleidsadviseurs bespreken de cijfers met hun gemeenten en hieruit kunnen bepaalde 'problemen' naar voren komen. Verder komt het ook vanuit de gemeente op welk gebied er actie moet worden ondernomen. Bijvoorbeeld omdat er iets in de media voorbij is gekomen en er vragen over worden gesteld. Ook hangt het samen met de voorkeur van de bestuursleden en het beleidsplan. Daarnaast speelt de ambtelijke termijn ook een rol.

Er wordt gewerkt van uit een landelijk en provinciaal beleid. Daarnaast houden we nieuwsberichten in de gaten en wordt er gekeken waar er vraag naar is. Ik lees zelf veel over voornamelijk universele preventies. Dan kom ik iets tegen wat mogelijk interessant is voor de gemeente die ik adviseer. De interventie zal ik dan nader bekijken en er wordt bekeken hoe de gezondheidsbevorderaar, staf en gemeente er tegenover staan, wellicht dat er zelfs nog geen aanbod was binnen de gemeente.

Daarnaast is het belangrijk dat de aanpak aansluit bij een behoefte van de doelgroep. Er is dus een voorwaarde dat er behoefte is. Voor interventies wordt gebruik gemaakt van loketgezondleven, maar soms wordt er ook gebruik gemaakt van andere aanpakken waarbij de doelgroep centraal staat. Vaak betreft het een samenwerking met JGZ, GGZ, opbouwwerkers en sportbedrijf.

Q: Ook vraag ik mij af op basis van welke informatie/contacten/ervaringen de doelgroepen betrokken zijn geweest bij het inrichten van een dergelijk programma?

A: Op het betrekken van de doelgroep kan nog veel winst worden behaald. De doelgroep wordt nu erg weinig benaderd. We gebruiken wel input van professionals die met de doelgroep werken zoals verpleegkundigen en mensen van de jeugdgezondheidszorg, maar de echte doelgroep wordt vaak niet betrokken. Waar dit dan aan ligt is een goede vraag. Ik zie dit ook gebeuren bij scholen als ze

bijvoorbeeld een ouderavond organiseren. De ouders komen die al betrokken zijn. De mensen die we graag willen bereiken komen niet

Ook heeft het te maken met de geformuleerde ambities. Op basis van de interesses komt informatie van onder andere jongerenmedewerkers, scholen, opbouwwerkers en in het geval van alcohol bijvoorbeeld van nalevingscijfers. Afhankelijk van de ambitie van de persoon wordt er een andere focus gelegd en wordt de informatievoorziening hier ook enigszins op aangepast. Daarnaast is het verhaal ook belangrijk. Waarom moet een bepaalde interventie worden gedaan? Je moet het dus goed kunnen onderbouwen. Maar zelfs dan als de interventie niet aansluit bij de 'persoonlijke' agenda kan het zo zijn dat er niets mee wordt gedaan. De gemeenten zijn wel steeds meer bezig om ook lokaal contact te krijgen met de doelgroep. Echter is het betrekken van bewoners niet altijd een harde eis. Wel willen ze de behoefte peilen. Er zijn wel projecten geweest met een bottom up approach en ook een paar top down. Hierbij werd de aanpak toegelicht en de vrijheid werd gegeven om ermee aan de slag te gaan. Dit ging echter niet zoals gepland. Bij de top-down werd er niets mee gedaan, bij de bottom up werd er wel wat mee gedaan maar stopte uiteindelijk na een korte periode ook. Het zit hem hierbij in het subtiele verschil van wel of niet zelf doen.

De informatievoorziening is afhankelijk van waar de interventie moet worden gedaan. Als het bij scholen wordt gedaan, wordt informatie gewonnen bij scholen. Verder komt het vaak van opbouwwerkers of buurtsportcoach. Gezondheidsbevorderaars staan bijvoorbeeld soms wel in contact met de doelgroep.

Q: Hoe wordt er nu vanuit de GGD/gemeenten geworven voor deelnemers van eventuele interventies of hoe zou dat eruitzien?

A: Het is per interventie verschillend hoe deelnemers worden geworven. Er wordt veel gebruik gemaakt van iemand in de wijk die daar werkt. Er komt wel steeds meer aandacht voor het stukje werving. Het liefst wordt er gebruik gemaakt van iemand uit de wijk die goede ervaringen heeft en goede connecties met de mensen uit de doelgroep. Op deze manier probeer je een ingang te creëren in de wijk.

Het hangt van het project af hoe mensen worden geworven. Dit kan gaan via jongerenwerkers of opbouwwerkers. Bij een bottom up approach zijn we zelf de wijk ingegaan met een opbouwwerker waarbij het programma is toegelicht. Er werd verteld wat het idee was en wat de verachtingen waren. Het was aan de buurt om verdere invulling te geven.

Werven gebeurt vaak via bestaande contacten. Bij mensen met een lage SES proberen we ouders te betrekken. Dit doen we bijvoorbeeld door activiteiten te koppelen waar kinderen bij betrokken zijn om ze beter te bereiken.

Q: Zijn de medewerkers die betrokken zijn bij het maken van dergelijke aanpakken ook bekend in de (lage SES) wijken? Met deze vraag ben ik eigenlijk benieuwd naar de interactie van beleidsmedewerkers, projectleiders en regisseurs, die bezig zijn met het uitvoeren of opzetten van een interventie voor deze doelgroep.

A: Beslissingen worden genomen bij de gemeente. De bewoners kennen de mensen die de beslissingen nemen eigenlijk nauwelijks. Er is wel een beweging richting wijkniveau. Gemeenten proberen wel steeds vaker bewoners te betrekken of informatie in te winnen via professionals die werkzaam zijn in de wijk. Ze proberen dichterbij de doelgroep te komen, te kijken wat nodig is en waar er behoefte aan is in de wijk.

Wij werken vaak met preventieteams. Dit zijn teams met een opbouwwerker, jeugdverpleegkundige, vrijwilligerswerker en een meitinker. De beleidsadviseur draagt iets aan bij het preventieteam en bespreekt dit met de teams die in nauw verband staan met de doelgroep. We bespreken en delen het

dus na het bedenken. Een voorbeeld is de kinderkookschool waar in eerste instantie van werd gedacht dat het niet zou werken. Het is verder uitgewerkt en vorm gekregen en toen was een school toch wel geïnteresseerd terwijl deze eerst niet geïnteresseerd was. Draagvlak is vanaf de start erg belangrijk wil iets werken of niet. Voor een bepaalde aanpak ben ik ook zelf actief naar mensen toegegaan met het pitchen/bespreken van het idee om draagvlak te creëren. Draagvlak is essentieel want je bouwt in dit soort wijken heel erg op relaties.

Hier is niet echt sprake van, maar we zijn hier wel bewust van. We hebben mensen nodig in de wijk, sleutelfiguren. Daarnaast is het soms nodig om niet altijd te reguliere wegen te bewandelen.

Q: Wat zijn de ervaringen van medewerkers met de situatie van de doelgroep in relatie tot de problematiek die er spelen?

A: Ik heb wel een voorbeeld. We waren bezig met een school waarbij de landelijke Gezonde School subsidie niet is toegekend. Vanuit de gemeente was er toegezegd dat ik de school wel mocht begeleiden. Ik ben in gesprek gegaan met de school en met de verpleegkundige die werkzaam is op de school. Toen kwam naar voren dat wat er wordt gesignaleerd door de verpleegkundige en wat de wensen zijn van de school kunnen verschillen. De vraag is hoe ga je hiermee om. Gebeurt er dan wat waar de doelgroep het meest mee is geholpen of baat bij heeft?

De mensen die we spreken zijn er met name vanuit eigen interesse. Vaak worden mensen die je wil aanspreken niet aangesproken. Wellicht is er, voor gezondheid, het risicobesef er niet. Risicobesef is wel een factor/indicator, maar of dit nou de reden is om niet naar een bijeenkomst te gaan weet ik niet. Misschien moeten dit soort dingen meer worden gekoppeld aan vermaak? Misschien is het niet interessant genoeg? Ook is het in gesprek gaan wellicht lastig omdat we langere zinnen gebruiken en wat moeilijke woorden?

De meeste interventies (in Smallerland) slagen wel goed. Er moet goed aan de voorkant worden gezeten en worden gewacht om de doelgroep te betrekken. Hierbij is relatiebeheer ook erg belangrijk. Voor de interventies die nu worden uitgevoerd is vaak wel veel animo.

Appendix XIII: Actorenanalyse

| Actor | Informatie over actor | Primaire activiteiten stakeholder binnen aanpak leefstijlinterventie | Impact |
|-------------------------------------|---|---|---|
| AJSPH | De AJSPH is een samenwerkingsverband tussen de RUG, het Universitair medisch centrum Groningen, de Hanzehogeschool Groningen en is vaandeldrager van healthy ageing in Noord-Nederland. Doen fundamenteel onderzoek met als doel meer gezonde jaren waarbij wordt gefaciliteerd bij dingen die werken [169]. | De AJSPH zou een rol kunnen spelen in het onderzoek wat nodig is om de effecten van de leefstijlinterventie in kaart te brengen. Hierbij kan er een meetinstrument worden ontwikkeld, of specifieke vragenlijsten. Ook kunnen ze een rol spelen bij het identificeren van leefstijlclusteringen in Fryslân. | Impact op wetenschappelijk beleidsadvisering en effectiviteit van de interventie. |
| Buurtwerkers (welzijnsorganisaties) | Buurtwerkers zoals opbouwwerkers, maar ook maatschappelijk werkers in buurtsportcoaches staan dicht bij de doelgroep en kennen de doelgroep goed (Appendix VII) | De buurtwerkers kunnen een belangrijke rol spelen in het betrekken en bereiken van de doelgroep, waarbij ook rekening kan worden gehouden met de belangen en belemmeringen van de doelgroep. | Impact op betrekken doelgroep. |
| Doelgroep | Als deze doelgroep niet meewerkt aan de aanpak, zal gezondheidswinst niet behaald worden. Echter is het erg lastig om deze doelgroep te betrekken, waarschijnlijk omdat de doelgroep lastig te bereiken is. Het is erg belangrijk om deze doelgroep goed te bereiken, te snappen en samen tot een plan te komen voor de invulling. Als dit niet gebeurt, dan wordt het een top-down aanpak, wat uit eerdere aanpakken blijkt niet goed te werken voor deze doelgroep. | De doelgroep is wellicht lastig te bereiken, maar wel belangrijk. De doelgroep moet een belangrijke stakeholder worden die input kan leveren over wat er nodig is in een leefstijlinterventie met een brede aanpak. | Impact op vormgeven interventie. |
| FSP | Het FSP is een onafhankelijk kennisinstituut dat verdiepend onderzoek doet waarin samenhang tussen ontwikkelingen worden aangebracht, | De FSP zou, samen met de AJSPH, een belangrijke rol kunnen spelen in het onderzoek naar een meetmethode en de | Impact op wetenschappelijk beleidsadvisering en effectiviteit van de interventie |

| | | | |
|-----------------|--|---|---|
| | verbanden worden gelegd en verklaringen gevonden. Ze werken aan grote, maatschappelijke uitdagingen [170]. | effectiviteit van de interventie. Daarnaast kan het FSP een rol spelen bij het identificeren van leefstijltyperingen in Fryslân. | |
| GGD & Gemeenten | <p>GGD Fryslân is een belangrijke stakeholder in de FPA. Het is de gezondheidsdienst van de Friese gemeenten en werkt aan het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burger [171]. De GGD is druk bezig met het vormen van een aanpak. Het is de trekker van dit project en heeft veel invloed op het project. De GGD heeft veel connecties om een dergelijke aanpak te laten slagen. De GGD staat in de binnenste cirkel, omdat zij de trekker zijn van de FPA. Zij kunnen beleid vormen ten behoeve van het behalen van gezondheidswinst voor de lage SES. Omdat de GGD veel connecties heeft en kan betrekken, heeft de GGD veel invloed op de aanpak.</p> <p>De Friese gemeenten zijn van belang omdat zij de gemeenschap goed kennen. Ze weten wat er speelt, welke initiatieven er al zijn en wat er nog mist.</p> | Trekker van het vormgeven van de leefstijlinterventie, betrokken bij het inhoudelijk vormgeven, identificeren van samenwerkingspartners, uitvoering geven aan de interventie. | Impact op vormgeven van de interventie. |
| HANNN | HANNN is een zelfstandige stichting opgericht in 2009 om bij te dragen aan Meer Gezonde Jaren in Noord-Nederland. Ze spelen een belangrijke rol bij het samenbrengen van partijen op het gebied van healthy ageing. Ze hebben als doel om nieuwe producten, diensten en concepten tot stand te brengen die kunnen bij dragen aan andere preventie [172]. | HANNN kan een belangrijke bijdrage leveren aan het opbouwen van een netwerk binnen de doelgroep. | Impact op het bereiken en betrekken van de doelgroep. |
| Sportaanbieders | Lokale sportaanbieders zoals sportscholen, sportclubs of andere aanbieders. Ze bieden een | De (lokale) sportaanbieders kunnen een belangrijke rol spelen bij het vormgeven van | Impact op de leefomgeving. |

| | | | |
|------------------------------|--|---|--|
| | bijdrage aan een gezondere omgeving waarbij sporten in het straatbeeld past. | het sportaanbod tijdens de interventie en daarna. | |
| supermarkten | Supermarkten zijn belangrijk in de voedselvoorziening van Nederland, dit maakt ze ook belangrijk in voedselaanbod dat wordt aangeboden en hoe dit gebeurt. Er wordt bijvoorbeeld verlijdt tot het kopen van bepaalde producten door de manier van presenteren of de positie in de winkel [173], [174]. | Supermarkten spelen een belangrijke rol in het voedselaanbod. Door een samenwerking met de supermarkten aan te gaan kunnen de supermarkten de presentatie van voedsel bijvoorbeeld veranderen of meewerken aan rondleidingen door supermarkten om in te spelen op de perceptie van mensen met betrekking tot gezond eten. | Impact op de leefomgeving van de doelgroep. |
| UWV | Het UWV staat voor Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. Ze zorgen voor deskundige en efficiënte uitvoering van werknemersverzekeringen. Ook bieden ze arbeidsmarkt- en gegevensdiensten en heeft diverse regelingen ter bevordering van arbeidsparticipatie[175], [176] . | Het UWV kan ondersteuning bieden in de aanpak door re-integratie programma's. Werkloosheid ligt hoger bij mensen met een lage SES en deze mensen stromen vaker door naar de bijstand. Door het UWV bij de aanpak te betrekken, kunnen er eerste stappen worden gemaakt om dit te veranderen. Dit kan ook positieve effecten hebben op de financiële situatie van de mensen. | Impact op werkloosheid en financiën. |
| Zorgverzekeraar de Friesland | De Friesland is de grootste zorgverzekeraar in Fryslân met ongeveer 61% marktaandeel [177]. Ze vallen onder Achmea, de grootste zorgverzekering van Nederland. De Friesland is niet alleen een zorgverzekeraar, maar ondersteunen mensen ook om gezonde keuzes te maken. Ze werken aan onder andere preventie en leefbaarheid, waarbij er ook samenwerkingen zijn met GGD Fryslân. | De Friesland kan veel bijdragen bij het inbedden van bijvoorbeeld het aanbieden van fysiotherapie, een diëtiste en een psychologe. | Impact op financiering voor de doelgroep en bijdrage aan aanbod voor de doelgroep in de interventie. |

Groen = samenwerkingspartner genoemd in FPA waarmee al afspraken zijn gemaakt of intentie tot samenwerking is uitgesproken

Oranje = mogelijke samenwerkingspartner genoemd in FPA waar nog geen afspraken mee zijn gemaakt

Rood = mogelijke nieuwe samenwerkingspartner of niet expliciet genoemd in de FPA.

