

CBI gezonde en actieve leefstijl

De community in beweging
Een voorstel tot definiëring van het project

Amsterdam, 16 september 2002

drs. Carla Kolner

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	De 'community' aanpak, een nadere oriëntatie	6
2.1	Community Based Interventies: wat, voor wie en waarom?	6
2.2	De ABCD methode	8
2.3	CBI gezonde en actieve leefstijl	10
2.4	Conclusies	12
3	Landelijk draagvlak	13
3.1	Draagvlak voor de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl?	13
3.2	Randvoorwaarden voor de inhoud, opzet en selectie van pilots	16
3.3	Financiën	19
3.4	Conclusies	20
4	Plan van Aanpak	21
4.1	Algemene conclusies en aanbevelingen	21
4.2	De lokale strategie	21
4.3	De landelijke strategie	25
4.4	Vervolgstappen 2 ^e fase Plan van Aanpak	27
	Bijlagen	
Bijlage 1	Gesprekspartners	29
Bijlage 2	Enkele voorbeelden	30
Bijlage 3	Relevante landelijke ontwikkelingen	33
Bijlage 4	Deelnemers bijeenkomst 27 juni jl.	35

1 Inleiding

NISB is - mede naar aanleiding van het verschijnen van de nota *Sport, bewegen en gezondheid* van VWS (2001) en het rapport *'Tijd voor gezond gedrag'* van het RIVM (2002) geïnteresseerd in het ontwikkelen en intensiveren van Community Based Interventions (CBI) 'gezonde en actieve leefstijl'.

NISB acht een lokale netwerkbenadering - waarbij de doelgroepen nadrukkelijk zelf worden geactiveerd en uitgedaagd om mede vorm en inhoud te geven aan de interventies - kansrijk om mensen met een gezondheidsachterstand aan het bewegen te krijgen en te houden. Het gaat hier met name om laagdrempelige activiteiten voor mensen met een lagere sociaal economische status (lage SES groepen) woonachtig in achterstandsgebieden zoals allochtone(n) vrouwen, (chronisch zieke) ouderen. Maar het gaat ook om bijzondere groepen die nu nauwelijks of niet bereikt worden met het bestaande sport- en spelaanbod, zoals verstandelijk gehandicapten en een groeiende groep 55+ ers.

Om tot de beoogde CBI aanpak te komen laat NISB een inventarisatie en haalbaarheidsonderzoek uitvoeren door DSP-groep te Amsterdam. Het gaat hier om het verzamelen van informatie voor *de definitiefase* van dit project. Aan DSP is gevraagd een concreet 'plan van aanpak' te formuleren, waarbij nadrukkelijk de landelijke partners op het terrein van sport, bewegen en gezondheid worden betrokken. De opdracht is opgedeeld in twee vragen betreffende op de 'Planvoorbereiding' en de formulering van een 'Plan van Aanpak'.

De hoofdvraag van de planvoorbereiding luidt:

"Welk draagvlak bestaat er bij NISB, NIGZ, NIZW, NOC*NSF, NebasNsg en GGD-Nederland voor het gezamenlijk ontwikkelen en uitvoeren van een op bewegen gerichte aanpak via een reeks lokale CBI-experimenten/pilots ten behoeve van groepen, die nadelig effect ondervinden van de relatie tussen beperkte sociale en economische omstandigheden en gezondheid?"

Subvragen die hieraan verbonden beantwoord worden zijn:

- Welke lokale contexten (gebieden, groepen, experimenten) kunnen worden geselecteerd voor de beoogde pilots?
- Onder welke voorwaarden kan in september 2002 gestart worden met het werven van een x-aantal lokale experimenten, waar meerdere nationale partners bij betrokken zijn?
- Hoe en op welke termijn kan politieke steun en draagvlak onder cruciale partners in het sport- en bewegingsdomein verkregen worden?
- Waaruit bestaat die steun, in termen van beschikbare kennis, ervaring en (financiële) middelen?
- Welke methodiek biedt de beste aanknopingspunten?
- Onder welke voorwaarden kan in januari 2003 een meerjarig landelijk actieprogramma gaan lopen om de beoogde aanpak verder te ontwikkelen, beschrijven en verspreiden?

De hoofdvraag van de centrale opdracht voor het 'Plan van aanpak' luidt:

"Formuleer, gehoord hebbende de standpunten, opvattingen en mogelijkheden van NISB, NIGZ, NIZW, NOC*NSF en GGD-Nederland, een zo veel mogelijk landelijk gedragen en lokaal uitvoerbaar 'plan van aanpak 2002-2003' voor een op bewegen gerichte reeks CBI-pilots ten behoeve van groepen die nadelig effect ondervinden van de relatie tussen beperkte sociale en

economische omstandigheden en gezondheid en geef aan hoe de daartoe benodigde financiële dekking bewerkstelligd dient te worden".

Het gaat er in het Plan van aanpak 2002/2003 vooral om:

- aanknopingspunten te formuleren voor een landelijk actieprogramma;
- een kader te beschrijven dat gericht is op een lokaal gesitueerde CBI aanpak;
- aan te geven hoe de leefomgeving aangrijpingspunt kan zijn voor bedoelde doelgroepen;
- een communicatierichtlijn te formuleren;
- een voorstel te doen voor een geschikte vorm van samenwerking met de landelijke partners;
- een voorstel te doen (op hoofdlijnen) voor een fasering en evaluatie.

NISB is als landelijk kennis- en innovatiecentrum een natuurlijke 'leading partner' in dit proces.

Methoden van onderzoek

Om bovengenoemde vraagstellingen te beantwoorden zijn op verzoek van NISB met vertegenwoordigers van VWS, NIGZ, NIZW, GGD-Nederland, NOC*NSF, NebasNsg en NISB gesprekken gevoerd (zie bijlage 1, gesprekspartners), zijn diverse bronnen geanalyseerd (zie voetnoten) en is een beperkt aantal goede voorbeelden opgespoord (zie bijlage 3, enkele voorbeelden). Ook heeft op 27 juni jl. een bijeenkomst plaatsgevonden met professionals die op lokaal niveau werkzaam zijn binnen het welzijnswerk, de preventieve gezondheidszorg en de sport (zie bijlage 4, lijst deelnemers 27 juni). Doel van deze bijeenkomst was om zicht te krijgen op de aanknopingspunten voor communicatie met doelgroepen binnen de lokale context. De invalshoek binnen deze opdracht is vooral een methodische en organisatorische en geen epidemiologische¹. De nadruk voor NISB ligt op het vinden en nader uitwerken van een aanpak waarbij 'binding' ontstaat met een doelgroep ten behoeve van de thema's bewegen² en gezondheid en het stimuleren van het zelforganiserend vermogen van de doelgroep (en) bij het initiatief, de organisatie en uitvoering van activiteiten.

Opbouw van het rapport

Het voorliggend rapport bestaat uit vier hoofdstukken. Hoofdstuk 1 is de inleiding. In hoofdstuk 2 gaat in op de vraag of de CBI methode kansrijke mogelijkheden biedt voor het stimuleren van bewegen - en dus de bevordering van de gezondheid - bij die groepen die wegens sociale en economische omstandigheden een gezondheidsachterstand hebben. Hierbij wordt vooral geput uit schriftelijke bronnen en de interviews.

Noot 1 Dat bewegen, mits verantwoord uitgevoerd, de gezondheid bevordert mogen we bekend veronderstellen. In dit advies wordt aangenomen dat bij lage SES groepen op veel fronten een gezondheidswinst verwacht mag worden bij een toename van lichamelijke activiteit. Deze gezondheidswinst kan vertaald worden naar fysieke factoren (bloeddruk, cholesterol etc), geestelijk gezondheid (empowerment) en welbevinden (bevordering onderlinge contacten, voorkomen van sociale isolatie en deprivering). Aangezien over de relatie tussen bewegen en gezondheid al voldoende rapporten zijn geschreven wijden we daar hier niet verder over uit.

Noot 2 In dit rapport wordt de term bewegen als een verzamelbegrip opgevat voor allerlei vormen van lichamelijke activiteit, ongeacht of dit plaatsvindt in georganiseerd of anders georganiseerd verband: van sport tot spel en van traplopen tot fietsles.

In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste uitkomsten beschreven van het 'draagvlakonderzoek' en worden de resultaten gemeld van de gesprekken die met de verschillende vertegenwoordigers van landelijke organisaties zijn gevoerd.

In hoofdstuk 4 'Plan van Aanpak' wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de belangrijkste aanbevelingen die DSP aan NISB doet naar aanleiding van deze oriëntatie en wordt ingegaan op de aan te bevelen lokale en landelijke strategie. Dit hoofdstuk sluit af met een aantal vervolgstappen voor de ontwerp-fase.

2 De 'community' aanpak, een nadere oriëntatie

Vraag die aan dit hoofdstuk ten grondslag ligt is "Biedt een op de 'community' gebaseerde aanpak³ gezonde en actieve leefstijl kansrijke mogelijkheden voor het stimuleren van bewegen bij groepen, die wegens sociale en economische redenen een gezondheidsachterstand hebben?" In paragraaf 1 en 2 wordt op hoofdlijnen ingegaan op de vraag wat de CBI methode inhoudt en wordt de ABCD methode behandeld. In paragraaf 3 zoomen we in op de (on)mogelijkheden van CBI gezonde en actieve leefstijl en we sluiten het hoofdstuk af met een aantal conclusies.

2.1 Community Based Interventies: wat, voor wie en waarom?

Hoogste tijd om gezondheidsverschillen te verkleinen

Het RIVM rapport 'Tijd voor gezond gedrag'⁴ maakt er geen geheim van. De verschillen in gezondheid tussen doelgroepen met een lage SES en een hoge SES geven aanleiding om een extra investering te doen als het gaat om gezondheidsbevordering middels het beïnvloeden van de leefstijl van mensen en hun omgeving. Een aantal feiten op een rijtje.

- Lage SES groepen leven het vaakst ongezond: zo roken mensen uit de lage SES groepen meer, er komt meer problematisch alcoholgebruik voor bij zowel mannen als vrouwen en inactiviteit komt bij de lage SES groepen bij alle leeftijdsgroepen vaker voor. Vooral het gecombineerd voorkomen van roken, lichamelijke inactiviteit en een lage groente- en fruitconsumptie is veel hoger bij personen met een lage SES.
- Ook bij allochtone groepen (vaak lage SES) komen bepaalde risicofactoren vaker voor, al verschillen de cijfers in een aantal opzichten met autochtone Nederlanders en zie je ook verschillen tussen de diverse groepen allochtonen en tussen mannen en vrouwen. Allochtonen roken vaak meer (Turken), drinken vaak minder (Marokkanen) en sporten en bewegen over de hele linie vaak minder. Dit laatste geldt in het bijzonder voor meisjes en vrouwen.
- Trendgegevens over leefstijl van specifieke doelgroepen en de determinanten van gezond gedrag ontbreken voor lage SES groepen en allochtonen.

Conclusie RIVM rapport

Lage SES groepen, allochtonen en jongeren verdienen de meeste aandacht als het gaat om het voorkomen en terugdringen van risicogedrag en het bevorderen van gezond gedrag om daarmee de geconstateerde gezondheidsverschillen te verkleinen. Het terugdringen van inactiviteit deint daarbij hoge prioriteit te krijgen naast het terugdringen van roken en overgewicht (zie ook het kabinetsstandpunt SEGV II⁵). Gezien het gebrek aan empirische bewijslast (te weinig determinanten-onderzoek en onderzoek naar de sociale, culturele en politieke context) is het voorsnog van belang meer duidelijkheid te verkrijgen over de wijze waarop deze groepen bereikt kunnen worden en gestimuleerd kunnen worden voor een gezonde leefstijl.

Noot 3 Vanaf nu in het kort CBI aanpak genoemd.

Noot 4 RIVM, 'Tijd voor gezond gedrag': 2002, uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Noot 5 VWS, Kabinetsstandpunt SEGV II, Den Haag, november 2001.

CBI aanpak veelbelovend

Het is algemeen bekend dat landelijke campagnes en projecten, die vanuit een overwegend top-down perspectief aandacht proberen te trekken voor een bepaalde (leefstijl)boodschap, vooral waarde hebben als het gaat om aandacht trekken onder belangrijke intermediairs en professionals (agendasetting).

Uit onderzoek blijkt dat lage SES groepen zich weinig aantrekken van de gezondheidsboodschappen en leefstijladviezen die via billboards en flyers worden verspreid. Landelijke voorlichtingsstrategieën die gezondheidsbevordering beogen richten zich vaak nadrukkelijk niet op de lage SES groepen, mede omdat de slaagkans van deze projecten daarmee onder druk komt te staan. Het besef groeit dat het anders moet. RIVM: "Uit de verschillende projecten in het kader van sociale vernieuwing, het Grote Stedenbeleid en het programma SEGV II is het besef gegroeid dat het niet werkt als je een oplossing van bovenaf bedenkt en die vervolgens in de wijk 'dropt'". De oplossing voor een andere, veelbelovende aanpak wordt gesuggereerd in de zogeheten community based aanpak ofwel community based interventions (CBI).

Wat is de community benadering?

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde definitie van de community benadering. In het rapport 'Sport, bewegen en gezondheid' van VWS⁶ wordt deze beschrijving van community based interventions gehanteerd: 'een community-based intervention' houdt in de benadering van 'homogene' groepen (communities) in een groter sociaal en/of fysiek (geografisch) verband, waarbij de participatie van groepsleden van groot belang wordt geacht. Bij de community-benadering wordt de wijk vaak als aangrijpingspunt gezien. Indien we de hierboven genoemde definitie hanteren (en dat doen we) hoeft dit echter niet. Ook een school, de werkplek of sportvereniging biedt een mogelijk aangrijpingspunt aangezien het vaak om een homogene groep gaat in een groter sociaal en fysiek verband.

De belangrijkste kenmerken van de CBI aanpak die wij hier hanteren zijn⁷:

- het is een procesmatige, contextafhankelijke lokale aanpak;
- er is sprake van een brede, integrale en intersectorale benadering van de doelgroep;
- het initiatief en de verantwoordelijkheden liggen op lokaal niveau;
- aan participatie van de doelgroepen/bewoners wordt de hoogste waarde toegekend: de doelgroep is niet alleen consument van de interventies maar ook betrokken bij het initiatief, het ontwerp, de uitvoering en evaluatie;
- er wordt uitgegaan van een sterke betrokkenheid van en 'binding' met de doelgroep rondom het betreffende centrale doel of thema;
- er vindt samenwerking plaats tussen een aantal relevante lokale professionele organisaties en de doelgroep/bewoners;
- de resultaten op productniveau zijn moeilijk te voorspellen.

Meerwaarde CBI

De CBI aanpak wordt als een veelbelovende aanpak gezien omdat:

- een groep individuen in hun onderlinge samenhang wordt aangesproken. Door de sociale processen en controlemechanismen kan dit een groter effect opleveren dan bij het aanspreken van ieder individu op zich (zie noot 6).

Noot 6 VWS, ' Sport, bewegen en gezondheid'. Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en bewegen, Den Haag, juli 2001.

Noot 7 Uit RIVM rapport, VWS nota en gegevens Steunpunt Landelijke Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG).

- participatie van de doelgroep kan leiden tot meer betrokkenheid bij de activiteiten en empowerment van de groep. Individuen krijgen meer greep op hun leven en dus ook op hun gezondheid.
- maatwerk geboden kan worden waarbij zorgvuldig kan worden aangesloten bij de wensen, motieven en mogelijkheden van de doelgroep.
- wordt uitgegaan van de potenties en krachten die binnen de groep en de leefomgeving aanwezig zijn en niet van problemen of tekortkomingen.
- intersectorale samenwerking nieuwe mogelijkheden creëert om de boodschap onder de aandacht van de doelgroep te brengen en tevens invloed uit te oefenen op de sociale en fysieke omgeving.

Mitsen en maren CBI

In de literatuur en praktijk blijkt ook een aantal valkuilen van de CBI benadering.

- Er is landelijk veel 'vervuiling' en onduidelijkheid over wat de CBI aanpak nu precies is en in het bijzonder welke voorwaarden gesteld kunnen en mogen worden aan participatie van de doelgroep bij de opzet, organisatie en uitvoering van activiteiten. In de praktijk zie je dan ook veel verschillende opvattingen en werkstijlen met uiteenlopende resultaten. Landelijk verworven inzichten, zo concludeert het RIVM, worden nog maar mondjesmaat op lokaal niveau in de praktijk gebracht.
- De toepassing van de CBI aanpak vraagt veel tijd en geduld. Het is zeker geen 'met grote stappen snel thuis' methode waarmee op korte termijn gescoord kan worden en er wordt geen gebruik gemaakt van blauwdrukken of standaardprojecten.
- De toepassing van de CBI aanpak vraagt om een omslag in denken en werken van de lokale professionals en beleidsverantwoordelijken. Van de professionals wordt vooral een hoge mate van flexibiliteit en 'ambachtelijk' handelen verwacht. Het gaat er om een juiste mix te vinden van enerzijds het loslaten of overdragen van verantwoordelijkheden en anderzijds het bieden de noodzakelijke ondersteuning en begeleiding. Van de beleidsmakers wordt verwacht dat zij professionals de ruimte geven om op lokaal niveau te experimenteren. Dit blijkt in de praktijk vaak lastig realiseerbaar,
- Aangezien de CBI aanpak deels gebaseerd is op chaos en onzekerheid kleven er extra problemen aan het ontwikkelen van een betrouwbaar meetinstrument, waarmee de resultaten van de interventie zichtbaar gemaakt worden. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de doelen van de interventie vaak tussentijds met de doelgroep en niet vooraf door de professionals worden bepaald (RIVM, 2002).

2.2 De ABCD methode

De ABCD methode is een CBI benadering die vanuit Amerika naar Nederland is overgewaaid. Deze methode vindt zijn oorsprong in het armoedebeleid, d.w.z. de bestrijding van de armoede en een halt toeroepen aan het reproduceren van steeds nieuwe generaties machtelozen. De belangrijkste kernbegrippen van de methode (Verwey-Jonker, 2002⁸) zijn:

- lokaal niveau (dicht bij de burger);
- interactief;
- betrokkenheid van de burgers;
- integraal;
- vraaggestuurd;

Noot 8 Verwey-Jonker Instituut/NIZW, "Wijken voor bewoners. Asses Based Community Development in Nederland", 2001.

- internally focused: van binnenuit werken aan een vitale buurt;
- bottom up;
- resultaatgericht.

Er wordt nadrukkelijk vertrokken vanuit de positie en sterke kanten van de wijken en (individuele) bewoners. Buurtbewoners hebben het primaat bij beleidsontwikkeling en uitvoering in hun buurt. Andere partijen, zowel de aanbieders als de gemeentelijke overheid zijn hieraan 'dienstbaar' (Verwey-Jonker, 2002).

De methode kenmerkt zich door een stapsgewijze wijkgerichte aanpak:

- 1 Het maken van een wijkkaart (sociale kaart), zicht krijgen op de potenties en mogelijkheden, inclusief het vinden van de informele leiders;
- 2 Het bouwen aan relaties in de buurt (smeden van samenwerkingsverbanden tussen bewoners en professionals);
- 3 Kennisuitwisseling (information sharing);
- 4 Het ontwikkelen van een visie, plan vanuit de wijk;
- 5 Op zoek naar steun van buiten.

In Amerika is het succes van de methode geworteld in economische motieven. Daarbij spelen ook de sterke rol van de religie en het 'American Dream' denken, waarbij het individu zelf het aangrijpingspunt is van verandering en elke krantenjongen het in principe tot president kan schoppen. Deze American Dream gedachte wordt gecompenseerd door de Community-droom, waarin gemeenschapszin en solidariteit centraal staan. Immers de Amerikaanse overheid speelt een rol op afstand en laat de 'armen' meer aan hun lot over. Om die reden speelt het bedrijfsleven ook nadrukkelijker een rol in de maatschappelijke opbouw.

Het Verwey-Jonker instituut heeft samen met het NIZW en in opdracht van het Kenniscentrum Grote Steden een contextuele studie uitgevoerd naar de ABCD benadering en daarbij met name gekeken naar de toepasbaarheid van de methode in Nederland (Verwey-Jonker, 2002).

Vastgesteld wordt dat de Nederlandse situatie heel anders is dan de Amerikaanse: de armoede is minder nijpend, er is een groter sociaal vangnet, de overheid speelt een grotere rol en laat burgers minder aan hun lot over. De wijkaanpak is in Nederland vaak gestuurd door de overheid en bereikt vooral 'verarmtelijke' bewoners, via daartoe ingestelde wijkorganen, die veelal niet (meer) representatief zijn voor de buurt. Wel zie je, in de geest van de ABCD-methode, steeds vaker dat gemeenten werken met (vaak ontoereikende) wijkbudgetten voor bewoners (zie project 'Lusten en Lasten', Breda Noord-oost in bijlage 3), die o.a. besteed worden aan organisatiekosten van wijkorganen en actieve bewonersgroepen.

In Nederland wordt momenteel op grote schaal geëxperimenteerd met de invoering van de ABCD methode. Volgens de conclusies van Verwey-Jonker biedt samenwerking tussen bewoners, de overheid en professionals in Nederland zeker mogelijkheden en interessante invalshoeken. Vooral het experimenteren met een andere rol voor bewoners (meer producent dan klant, adviseur, klankbord of partner) en een meer terughoudende rol van de overheid vindt hier en daar weerklank. Al geloven veel gemeenten niet in een puur 'dienstbare' rol van de overheid en wordt de ABCD methode dan ook meestal niet letterlijk toegepast.

2.3 CBI gezonde en actieve leefstijl

Hoe krijg je lage SES groepen en bijzondere groepen als allochtonen, chronisch zieke ouderen of verstandelijk gehandicapten in beweging?

Om dit te bepalen is het noodzakelijk meer te weten over de determinanten van het beweeggedrag bij deze groepen. Over de determinanten van bewegen bij lage SES groepen is nog te weinig informatie voorhanden. Persoonsgebonden factoren als eigen effectiviteit, attitude en sociale invloeden zijn zowel bij hoge als bij lage SES groepen van belang. Verder spelen ook culturele, politieke, economische en omgevingsfactoren een rol. Door het gebrek aan Nederlandse gegevens over de determinanten van gedrag bij specifieke groepen is het niet mogelijk te voorspellen welke determinant het meest belangrijk is en aangrijpingspunt moet zijn voor interventies gericht op het bevorderen van bewegen.

Wel blijkt dat leefstijlinterventies eerder 'winstgevend' zijn indien deze:

- zijn toegesneden op een specifieke groep;
- binnen de context en leefomgeving van de groep (de wijk, of daarbinnen de school, werkplek, tehuis of buurthuis) worden uitgevoerd;
- participatie kennen van vele actoren en sectoren, inclusief de doelgroep;
- maatwerk bieden: afgestemd zijn op de persoonlijke kenmerken en behoeften van de doelgroep en hun omgeving;
- zich bedienen van een samenhangende set van activiteiten en maatregelen en gebruik maken van verschillende media, methodieken en middelen;
- een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben.

Het is niet moeilijk in de literatuur (zie eerdere voetnoten) en de praktijk argumenten te vinden die krachtig pleiten voor een extra impuls als het gaat om de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl.

Meer binding bij zogeheten 'bijzondere' doelgroepen rond bewegen

Er zijn gerichte aanwijzingen dat de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl geschikt is om het bewegen te bevorderen onder een aantal zogenaamde 'bijzondere' doelgroepen, zoals allochtone vrouwen, ouderen uit de lage SES groepen, chronisch zieke ouderen en jonge moeders met spanningsklachten en overgewichtproblemen. Juist bij deze groepen staat gezondheid hoog op het prioriteitenlijstje. Door gebruik te maken van de lokale netwerken en infrastructuur van de doelgroepen (denk aan familie, vrienden, peers en opinie-leiders, het buurthuis, de moskee) en (bij allochtonen) van voorlichters in eigen taal en cultuur (VETC) kan makkelijker contact gelegd worden met deze doelgroepen. Ook kan binding met het thema 'bewegen' en participatie bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten bevorderd worden. Eerder hebben we al aangegeven dat dit belangrijke ingrediënten zijn die het succes van interventies beïnvloeden. Goede voorbeelden van CBI aanpakken zijn onder andere te vinden in de wijk Kanaleneiland te Utrecht, Eindhoven en Breda (zie bijlage 2, enkele voorbeelden).

Meer kans op een integrale en intersectorale benadering voor gezondheid

De CBI aanpak schept kansrijke mogelijkheden voor een lokale samenhangende en sectoroverstijgende strategie gericht op gezondheidsbevordering in brede zin. Zo kunnen initiatieven gericht op het stimuleren van bewegen op verschillende manieren gekoppeld worden aan de beïnvloeding van andere leefstijlfactoren, zoals het bevorderen van gezond voedinggedrag, het verminderen van overgewicht, de preventie van spanningsklachten, opvoedingsvoorlichting, preventie van eenzaamheid en depressies.

Ook biedt deze aanpak mogelijkheden invloed uit te oefenen op de sociale en fysieke omgeving van de doelgroep.

Dit bevordert de effecten als het gaat om gedragsverandering en gedragsbehoud.

Uit onderzoek blijkt dat interventies gericht op het bevorderen van gezond gedrag en interventies gericht op het creëren van een gezonde leefomgeving, vaak strikt gescheiden worden uitgevoerd, terwijl de samenhang tussen beide factoren evident lijkt (RIVM, 2002).

Een kansrijk klimaat voor lokale en landelijke samenwerking

De leefstijlfactor 'bewegen' scoort hoog in het rijtje van te beïnvloeden gedrag. Bewegen is positief en de te verwachten gezondheidswinst is groot zeker als het om lage SES groepen gaat. Steeds meer professionals uit de wereld van sport, gezondheidsbevordering, welzijn en onderwijs gaan uit van een positieve relatie tussen bewegen en gezondheid en verwacht kan worden dat zij mee willen werken aan dergelijke initiatieven. Dit is van belang voor het creëren van het vereiste draagvlak op lokaal niveau. Naast de politieke aandacht voor het thema 'bewegen en gezondheid' mag de factor 'bewegen' zich dan ook verheugen op een hoge mate van belangstelling bij diverse landelijke organisaties in de wereld van sport en gezondheid, zoals VWS, NISB, IOS, NebasNsg, NOC*NSF, NIGZ, GGD-Nederland, alsook bij de landelijke categorale instellingen (zoals Nederlandse Hartstichting, Nederlandse Kankerbestrijding, Voedingscentrum), sommige fondsen (VSB, Stichting Doen) en zelfs het bedrijfsleven (Coca Cola, Yacult). Dat die samenwerking vruchten afwerpt is onder andere gebleken bij de - overigens in 2002 aflopende - samenwerking in het kader van het actieprogramma *Nederland in Beweging!* (NIB) en het project Jeugd in Beweging (JIB).

Maar de literatuur en de praktijkvoorbeelden laten ook ruimte voor bezinning op een aantal vraagstukken.

- Bevordering van gezond gedrag bij lage SES groepen vraagt om een langdurige en op 'maat' gerichte inspanning op lokaal niveau en verlangt een sterke betrokkenheid van de doelgroepen tijdens het gehele project. Echter: het duurt in de regel lang voordat effecten op de gezondheid zichtbaar worden. De vraag is of de CBI methode wel voldoende ingrediënten biedt om het gedrag ook vol te houden of mondt het vooral vaak uit in spontane en kortdurende acties van doelgroepen met hoofdzakelijk korte termijn effecten?
- In samenhang met bovenstaande kun je je afvragen of de basisprincipes van de ABCD methode ook succesvol kunnen worden toegepast voor de wijkgerichte aanpak ten behoeve van het bevorderen van gezond gedrag (bewegen) onder genoemde lage SES groepen?
- Hoe komt het dat er in de praktijk zo weinig goede voorbeelden zijn van de integrale en intersectorale aanpak?
- Kunnen potentiële financiers zoals de landelijke overheid maar ook de fondsen en het bedrijfsleven het noodzakelijke geduld opbrengen om op lokaal niveau deze methode uit te werken en de resultaten ervan af te wachten?
- Hoe kan samenwerking tussen landelijke instellingen vorm krijgen voor een dergelijke op lokaal niveau geënte werkwijze, waarbij de verantwoordelijkheden op lokaal niveau liggen en voor een deel zelfs bij burgers wordt neergelegd?

2.4 Conclusies

- De CBI strategie lijkt veelbelovend als het gaat om het stimuleren van bewegen onder een aantal belangrijke lage SES doelgroepen in het perspectief van gezondheidsbevordering.
- Ondanks een aantal algemene kenmerken is er geen eenduidigheid over de CBI benadering. Zo is het de vraag onder welke condities en bij welke doelgroepen deze aanpak het meest effectief is. Dit geldt in het bijzonder voor de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl. Er is weliswaar een aantal veelbelovende voorbeelden (bijlage 2), toch staat CBI aanpak nog in kinderschoenen.
- Het lijkt erop dat de ABCD methode een boeiende 'haken en ogen' methode is voor gemeenten gericht op economische verbetering van wijken en sociale activering van bewoners. Belangrijke ingrediënten van de methode (zoals het maken van een wijkkaart, het zoeken van informele leiders) lijken bruikbaar voor de CBI aanpak maar dienen getransformeerd te worden. Echter, er zijn ook vraagtekens over de toepasbaarheid van deze methode als het gaat om het bevorderen van beweeggedrag.
- CBI gezonde en actieve leefstijl is een kansrijke ontwikkeling voor lokale professionals van verschillende beleidsterreinen (sport, welzijn, gezondheidsbevordering). De methode vraagt wel om gerichte inspanningen zoals de bereidheid om gezamenlijk en langdurig in deze groepen te investeren, hun werkwijze en communicatie met deze groepen hierop aan te passen en een integrale benadering na te streven.
- Er is een aantal moeilijkheden te overwinnen als het gaat om het meetbaar maken van de resultaten van CBI initiatieven. Zo dient onder andere helder te worden op welke niveau doelen en resultaten vooraf dan wel tijdens de rit geformuleerd kunnen worden.

3 Landelijk draagvlak

Aan een achttal vertegenwoordigers uit de landelijke organisaties is gevraagd hoe men aankijkt tegen het voornemen van NISB om een aantal pilots CBI gezonde en actieve leefstijl te gaan uitvoeren, welke suggesties men heeft voor NISB en tevens of men mogelijkheden zag hierin op een of andere manier te participeren. In paragraaf 3.1 wordt antwoord gegeven op de vraag of er onder de landelijke partners draagvlak is voor de CBI aanpak. In paragraaf 3.2 en 3.3 worden aan de hand van de gestelde vragen van NISB bij de planvoorbereiding (inleiding) de belangrijkste resultaten van de interviews verwerkt. In paragraaf 3.4 volgen de conclusies.

3.1 Draagvlak voor de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl?

In het algemeen kan gesteld worden dat de tijd rijp is. Er is onder de landelijke partners interesse en tot op zekere hoogte draagvlak aanwezig om te gaan experimenteren met de CBI methode gezonde en actieve leefstijl. Belangrijke beweegredenen die pleiten voor de CBI methode (zie hoofdstuk 2) zijn in de meeste interviews herhaald en bevestigd. Zonder uitpuittend te willen of kunnen zijn worden hieronder aan de hand van een drietal onderwerpen belangrijke uitspraken en argumenten van de gesprekspartners beschreven.

Is de CBI methode een kansrijke strategie voor bewegingsstimulering onder lage SES groepen?

Er is onder de partners een algemeen besef dat er meer moet gebeuren om de lage SES groepen te bereiken met bewegingsstimulering. Verschillende gesprekspartners maakten melding van het feit tegen de grens aan te lopen van de haalbaarheid van de implementatie van landelijke (top-down)strategieën op lokaal niveau. Citaat: "we weten nu wel wat niet werkt, maar wat werkt nu wel"?

De CBI aanpak wordt in het algemeen als een kansrijke strategie gezien omdat met deze strategie kansen worden geboden doelgroepen echt te betrekken en dus te binden aan het thema bewegen en ook invloed uit te oefenen op de sociale en fysieke omgeving. Dat dit belangrijk is werd door niemand ontkend. Door alle gesprekspartners werd verwezen naar succesvolle lokale voorbeelden die aantonen dat er met de CBI methode een hoop te winnen valt (zie bijlage 2, enkele voorbeelden). Wel tonen diezelfde voorbeelden volgens de respondenten aan dat het toepassen van de CBI methode geen 'zaligmakende' methode is, er sprake is van veel diversiteit en aan een groot aantal randvoorwaarden moet voldoen om succesvol te zijn. Als het gaat om bewegingsstimulering in het kader van gezondheidsbevordering valt volgens de partners op dat:

- gezondheid lang niet altijd het motief is voor burgers om te gaan bewegen;
- het niet alleen gaat om het vertonen van gezond gedrag (zoals bewegen) van bepaalde doelgroepen maar vooral om het beklijven van dit gedrag. Daar zit vaak het probleem!;
- gezondheid vaak helemaal niet op het prioriteitenlijstje van professionals en dus ook niet van bewoners voorkomt als het gaat om wijkaanpakken gericht op het verbeteren van de leefbaarheid van de wijk (bijvoorbeeld Grote steden beleid);
- sport/bewegen en gezondheid zowel doel als middel kunnen zijn.

"De motieven en wensen van doelgroepen of bewoners in een wijk kunnen hele andere zijn dan de motieven en wensen van professionals. Daar zit vaak al een denkfout bij veel professionals", zegt Joop ten Dam van het NIGZ.

Verder blijkt dat de CBI aanpak, met haar sociologische grondslag en 'de groep' als direct aangrijpingspunt op een groot aantal punten af te wijken van de meer individualistische benadering ('preventie op maat') die men de laatste jaren in de wereld van gezondheidsbevordering gewoon was. Tot slot werd door verschillende gesprekspartners het reeds in hoofdstuk 2 genoemde probleem van de meetbaarheid van de CBI aanpak genoemd.

Hoe bruikbaar is de ABCD methode in het kader van bewegingsstimulering?

Niet alle respondenten waren vertrouwd met de principes van de ABCD methode. Diegenen die dat wel waren lieten daar een vrijwel gelijklopend standpunt in horen. Zo worden de in hoofdstuk 2 genoemde uitgangspunten van de ABCD methode gewaardeerd. Met name de open en brede benadering die uitgaat van de krachten en potenties van burgers geeft goede mogelijkheden om aan te sluiten bij hetgeen er leeft onder de mensen, om vertrouwen te wekken en om mensen te mobiliseren iets aan hun eigen situatie te veranderen. Maar "de praktijk is anders" en "het grootste knelpunt bij de toepassing van deze methode is dat het veel tijd kost en veel geduld en flexibiliteit vraagt van de professionals en beleidsmakers en dat hebben ze vaak niet". En ook: "bij de open en brede benadering die de ABCD methode is, past het niet je op voorhand vast te pinnen op sport/bewegen en gezondheid".

Daarom wordt de toepassing van deze methode vooral geschikt geacht voor gemeenten, die bijvoorbeeld werk maken van het versterken van sociale verbanden en het vergroten van de leefbaarheid van een wijk. Voor het NISB ziet een aantal respondenten vooral mogelijkheden om aan te sluiten bij die gemeenten waar deze methode wordt toegepast en waar is gebleken dat de bewoners gemotiveerd zijn voor meer bewegen. Ook kan een aantal kenmerken van deze methode bruikbaar zijn voor de CBI aanpak, zoals: het maken van een sociale kaart, het op zoek gaan naar de informele leiders en sleutelfiguren, het gebruik maken van wijkbudgetten en diverse participatiemethoden.

Is er (politieke) steun, interesse en bereidheid tot samenwerking bij landelijke partners?

Zonder uitzondering waren de organisaties geïnteresseerd in de voornemens van het NISB en werd betrokkenheid in een of andere vorm ook op prijs gesteld. De mate waarin men interesse heeft, er raakvlakken zijn en betrokken wil worden varieerde per organisatie. Hele concrete uitspraken werden niet gedaan als het ging om de vraag "wat heeft uw organisatie te bieden?" Dit is ook wel logisch gezien het oriënterende karakter van de gesprekken. Hieronder volgt in steekwoorden per organisatie een opsomming van een aantal specifieke aandachtsgebieden, raakvlakken, invalshoeken en wensen die door de gesprekspartners werden benadrukt. In de komende paragrafen wordt op een aantal randvoorwaarden voor de pilots en samenwerking dieper in gegaan.

NIZW: heeft interesse voor CBI -methodiek en wijkaanpak in het verband van het bevorderen van leefbaarheid en sociale activering; minder affiniteit met bewegen als doel, wel bewegen als middel. Ziet aanknopingspunten voor afdeling Zorgbeleid (integratie chronisch zieken en gehandicapten in samenleving, project Communities that Care) en Lokaal Sociaal Beleid. Heeft onder andere te bieden: kennis omtrent wijkaanpak en sociale activering. Wil eventueel op landelijk niveau meedenken en expertise ter beschikking stellen voor opzet van de pilots.

NIGZ: heeft interesse voor CBI methodiek gezonde en actieve leefstijl; ziet veel aanknopingspunten en raakvlakken voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid (OGZ) en het Steunpunt Landelijke Aanpak lokale Gezondheidsverschillen (SLAG, zie bijlage 3, relevante ontwikkelingen). Wat betreft de doelgroep jeugd zijn er veel aanknopingspunten voor het project Schoolgezondheidsbeleid (zie bijlage 3). Verder interesse voor methoden voor monitoring en evaluatie (Centrum voor Review en Implementatie). Ziet graag dat NISB lopende pilots in kader SLAG en SGB ondersteunt.

Heeft onder andere te bieden: een groot netwerk van lokale professionals in het kader van SLAG (inclusief lopende pilots in Utrecht, Tilburg, Eindhoven, Zwolle, Midden Limburg, Arnhem), een netwerk Schoolgezondheidsbeleid (SGB) inclusief een aantal lopende pilots; kennis omtrent CBI aanpak, monitoring en evaluatie.

NOC*NSF heeft interesse voor de CBI aanpak en vooral voor de 'bottom-up' benadering indien dit tot een directe instroming tot de sportvereniging leidt. Heeft in de toekomst geen directe focus op gezondheid als thema. Ziet graag een voortzetting van de samenwerking, die de afgelopen jaren in het kader van het programma *Nederland in Beweging!* is bereikt (loopt per december 2002 af). Daarnaast is er belangstelling voor samenwerking op lokaal niveau tussen wijk, school en sportvereniging, ziet de sportvereniging graag als 'community' die nauw samenwerkt met het buurt en wijkniveau en daarmee nieuwe doelgroepen opspoorde. Vindt meer aandacht voor verspreiding goede voorbeelden en methodieken belangrijk (Galm).

Heeft onder andere te bieden: grote achterban, professioneel kader, kwalitatief aanbod op gebied van sport en bewegen binnen verenigingen en bonden. Wil eventueel op afstand participeren in pilots. Eventueel coördinatie mits vereniging centraal staat.

NebasNsg: is geïnteresseerd in methodiek met name om participatie en integratie te bevorderen van (verstandelijk) gehandicapten en chronisch zieken; verwacht veel van transformatie van goede methodieken als whoZnext en Galm voor het bevorderen van de betrokkenheid van deze groepen; wil contacten tussen deze groepen en bewoners op wijkniveau bevorderen (integratie).

Heeft onder andere te bieden: kennis en expertise omtrent specifieke doelgroepen chronisch zieken en (verstandelijk) gehandicapten, toegang tot doelgroepen, professioneel en deskundig kader en een grote achterban. Een sportinfrastructuur met ruim 750 lokale sportverenigingen. Wil vanaf planontwikkeling graag betrokken zijn.

GGD-Nederland: is geïnteresseerd in verdere toepassingen van de aanpak in het kader van de ontwikkeling van het lokaal gezondheidsbeleid bij gemeenten en de uitvoering van het Nationaal Contract (zie bijlage); heeft vooral interesse voor landelijke overdraagbaarheid van randvoorwaarden en richtlijnen van veelbelovende aanpakken en voor de rol van de GGD ten opzichte van gemeente en andere lokale instellingen en professionals.

Heeft onder andere te bieden: heeft contacten met en verzorgt scholing van gemeenten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid (samen met VNG) en GGD-en, heeft georganiseerde achterbannen, die in vroeg stadium kritisch kunnen meedenken. Heeft voorkeur voor participatie in landelijke begeleidingsgroep. Raadt aan in vroeg stadium VNG te betrekken.

VWS: heeft veel interesse voor de toepassing van de CBI aanpak en het bereiken van lage SES groepen (zie nota). Ziet aanknopingspunten voor lokaal gezondheidsbeleid (Nationaal Contract) en het terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) maar ook met breedtesport en wellicht

het lokaal vrijwilligersbeleid. Heeft vooral interesse in de totstandkoming van integraal beleid; stelt eisen aan de duurzaamheid van initiatieven en resultaatgerichtheid (liefst kwantitatieve doelen) en dus monitoring. Meer inzicht is nodig in hoe gezond gedrag kan beklijven. Heeft onder andere te bieden: kan belangrijke financier zijn (naast anderen), wil participeren in landelijke begeleidingsgroep.

Kortom: door de gesprekspartners van de landelijke instellingen is in het algemeen positief gereageerd op het voornemen van NISB. Voor elke organisatie gelden andere invalshoeken en prioriteiten. De meeste organisaties zagen participatie in een landelijke referentiegroep wel zitten. Er is echter een aantal kanttekeningen geplaatst bij de door NISB geplande pilots en afhankelijk van de opzet een aanpak ook bij een mogelijke samenwerking in dit kader. Het antwoord op de vraag "is er draagvlak?" kan dan ook met een volmondig "Ja, mits....." beantwoord worden.

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de aanbevelingen en suggesties die door de partners zijn meegegeven.

3.2 Randvoorwaarden voor de inhoud, opzet en selectie van pilots

Naast de bovengenoemde interesses, raakvlakken en wensen van de landelijke instellingen is ook een aantal randvoorwaarden en suggesties genoemd ten aanzien van specifieke onderwerpen en ten behoeve van de opzet van de pilots.

Kiezen voor doelgroepen en lokale contexten

Door de gesprekspartners is een aantal subcategorieën genoemd van de populatie mensen met een lage SES of mensen woonachtig in 'achterstandsgebieden' die volgens hen extra aandacht nodig hebben. In het bijzonder werden genoemd:

- (allochtone) vrouwen met spanningsklachten en overgewichtproblemen;
- jonge allochtone ouders (inclusief vluchtelingen);
- chronisch zieke en/of alleenstaande ouderen, die vaak kampen met gevoelens van eenzaamheid en depressie;
- te dikke en inactieve (allochtone en autochtone) kinderen in achterstandswijken van grote steden.

Door de NebasNsg werd daarnaast in het bijzonder gepleit voor meer aandacht voor de categorie (verstandelijk) gehandicapten, omdat daar veel gezondheidswinst is te behalen in de zin van sociale integratie.

Volgens de geïnterviewden is het stimuleren van bewegen bij deze groepen belangrijk omdat meerdere problemen tegelijkertijd kunnen worden aangepakt en de verwachten gezondheidseffecten daarom groot zijn. Ook speelt dat deze groepen in toenemende mate aanwezig zijn en een groot deel van de gezondheidsverschillen voor hun rekening nemen. Interessante plekken en situaties om deze doelgroepen te bereiken zijn volgens de geïnterviewden eigenlijk alle 'vindplaatsen' waar deze groepen in hun sociale context benaderd kunnen worden: zoals de wijk (diverse doelgroepen), school (jongeren), de zorginstellingen, zoals tehuizen (ouderen en verstandelijk gehandicapten) en revalidatiecentra (chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten), de werkplek, de sportvereniging, het buurthuis (allochtone vrouwen) of zelfs het consultatiebureau of het moedercentrum (jonge moeders in het algemeen).

Voor de definitieve keuze van de doelgroep en de lokale context is het volgens meerdere respondenten van belang:

- dat doelgroepen bereikbaar zijn en zelf belangstelling hebben en gemotiveerd zijn om bepaalde zaken aan te pakken;
- dat niet alleen de doelgroep zelf maar ook de sociale en fysieke omgeving wordt meegenomen in de aanpak (bijvoorbeeld: dik zijn is in bepaalde bijzondere groepen een teken van welstand);
- dat deze keuze op lokaal niveau wordt gemaakt en draagvlak heeft onder professionals die op lokaal niveau werkzaam zijn;
- bij voorkeur ondersteund wordt door relevante (lokale) cijfers op basis van een GGD epidemiologische analyse (is ook belangrijk voor de lokale financiers en beleidsverantwoordelijken).

Koppeling van thema's, contexten, beleidsvelden en professionals

Verschillende respondenten hebben aangegeven dat hier vooral gaat om het stimuleren van creativiteit en inventiviteit op lokaal niveau. Het moet 'anders', 'beter', het gaat om 'vernieuwende en integrale aanpakken', om 'beleid dwars door de sectoren heen', om het 'opengooien van de deuren' en het 'vinden van nieuwe vormen van communicatie'. Veel kan worden verwacht van het koppelen van oud en nieuw gemeentelijk beleid op verschillende beleidsterreinen, zoals zorg, welzijn, wonen, veiligheid en sport en rondom verschillende thema's. Denk bijvoorbeeld aan een beweegaanbod voor jonge moeders die naar het consultatiebureau gaan, willen afvallen en tevens baat hebben bij voedingsadviezen voor hun baby's.

Volgens VWS moeten er meer bruggen geslagen worden tussen de beleidsvelden en dienen de kansen voor integraal beleid door gemeenten beter te worden benut.

Verder is het vooral interessant als lokale professionals van divers pluimage samenwerken met de doelgroepen en belangrijke sleutelfiguren in hun directe omgeving. Het is hierbij vooral van belang te zoeken naar mensen die het vertrouwen genieten bij en gemakkelijk toegang hebben tot de doelgroep. Bij de lage SES groepen zijn dat volgens de respondenten in veel gevallen:

- de huisarts, jeugdarts of arts van het consultatiebureau;
- de fysiotherapeut;
- de kraamverzorgster;
- wijk- of buurtopbouwwerker;
- de docent of leerkracht.

Met name bij allochtonen is het aan te bevelen, naast bovengenoemde sleutelfiguren, te werken met cultuurgebonden sleutelfiguren zoals consultants of Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC). Ook kunnen buurtmoeders of ouders uit de eigen buurt (peers) ingezet worden om contacten te leggen en mensen te motiveren of voor te lichten. Citaat uit een van de interviews: "soms kan zo'n lokale zoektocht heel verrassende figuren opleveren".

Selectie van en opzet van pilots

Opvallend was dat meerdere gesprekspartners kritisch stonden ten opzichte van het organiseren van pilots. De volgende opmerkingen zijn gemaakt:

- er is sprake van 'pilot-moeheid' onder gemeenten;
- er wordt heel wat geëxperimenteerd ('afgepilot') in gemeenten maar er gebeurt te weinig met de resultaten ervan;
- veel pilots mislukken omdat de aanpak en problemen van te voren niet goed geëxpliciteerd worden;
- te vaak wordt er geen kwalitatieve of kwantitatieve evaluatie aan de pilots verbonden;

- er wordt te vaak vanuit gegaan dat wat in een gemeente succesvol is dat in andere gemeenten of locaties ook wel aan zal slaan. Helaas is dat vaak niet het geval.

Deze kritische opstelling leidde vanzelfsprekend ook in een aantal voorwaarden voor de selectie van pilotgebieden en de aanpak van de pilots:

- Zoek met de NISB pilots aansluiting bij een aantal belangrijke ontwikkelingen en bijbehorende netwerken, zoals de ontwikkeling van de Openbare Gezondheidszorg gericht op het verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV), schoolgezondheidsbeleid (NIGZ), de breedtesportimpuls (VWS) en de tijdelijke stimuleringsregeling Vrijwilligersbeleid (VWS), het Grote steden beleid (BZ), het netwerk Gezonde Gemeenten (VNG), Healthy City's (WHO), sportieve en sociale vernieuwing en bijvoorbeeld projecten als Heel de Buurt en Communities that Care (CtC, NIZW). Voor een nadere uitleg van deze ontwikkelingen zie bijlage 3.
- Maak gebruik van de reeds opgedane ervaring en deskundigheid bij de landelijke partners bij deze (bovengenoemde) ontwikkelingen.
- Leer eerst van een aantal goede voorbeelden en van reeds bewezen succesvolle of veelbelovende methodieken (ABCD methode, whoZnext en Galm) en haal daar de succesfactoren uit. Van de mislukkingen her en der kun je natuurlijk ook veel leren, zo werd gesteld.
- Begin kleinschalig, prefereer lokaal maatwerk op het niveau van de community boven een grootschalige of massamediale aanpak.
- Betrek van meet af aan de doelgroep bij de aanpak, het formuleren van de gewenste richting, verwachtingen en doelstellingen.
- Bouw tijdens de rit aan een instrument voor monitoring van het proces, zodat je weet waar je mee bezig bent en tussentijds kunt bijsturen en laat zo snel mogelijk resultaten zien.
- Verspreid de inzichten, good practices en daarvan afgeleide richtlijnen en succesformules onder lokale professionals. Hier hoef je niet mee te wachten tot de pilots zijn afgesloten en geëvalueerd, daar kun je nu mee beginnen.

Landelijke aansturing versus lokale verantwoordelijkheden

Met alle respondenten is gesproken over dit dilemma; hoe kun je een landelijke structuur voor samenwerking opzetten, waardoor de landelijke partners hun expertise optimaal ter beschikking kunnen stellen, terwijl je de verantwoordelijkheden voor de opzet en uitvoering volledig delegeert naar het lokale niveau?

Frappant gegeven is dat het de landelijke partijen zelf zijn die aangeven dat ze het best op 'enige afstand' van deze pilots kunnen functioneren en dat voorkomen moet worden dat 'machtsstrijd' wordt gevoerd over het eigenaarschap van projecten. Landelijke samenwerking kan volgens de partners het best plaatsvinden op het niveau van:

- het uitwisselen van kennis en ervaringen;
- meedenken bij de opzet, aanpak en inhoud van de pilots;
- het opstellen van specifieke randvoorwaarden en criteria voor de pilots;
- suggesties voor de selectie van pilotgebieden;
- kritische reflectie op de ontwikkeling en het ontwerp van instrumentarium en methodieken;
- kritische reflectie op de beleidsomgeving;
- monitoring en evaluatie;
- inschakelen, raadplegen en informeren van relevante achterbannen en netwerken, via daarvoor geschikte en bestaande communicatiekanalen.

3.3 Financiën

In deze oriënterende ronde onder de landelijke partners heeft geen enkele organisatie zich concreet verbonden aan het idee van NISB door het doen van uitspraken over geld. Wel zijn suggesties verzameld over financiële mogelijkheden, relevante fondsen, potjes en dergelijke. Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen.

Hoofdfinanciering

VWS heeft geld ter beschikking ten behoeve van de uitwerking van de nota 'Sport, Bewegen en Gezondheid' die voor dit project worden aangevraagd.

Voorwaarden die VWS aan financiering verbindt zijn:

- het project geeft concreet invulling aan de voornemens in de nota;
- het project streeft meetbare doelen na;
- er worden ook andere 'co-financiers' gevonden.

Vanuit de directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg (POG) is interesse getoond voor de plannen van NISB. Deze directie is onder meer verantwoordelijk voor de uitvoering van afspraken die gemaakt zijn in het kader van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg en met de uitvoering van het kabinetsstandpunt SEGV II van november 2001 jl. Dit standpunt is een reactie op het eindrapport en de aanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II (zie Albeda). Bewegen wordt daar naast het terugdringen van overgewicht en roken als belangrijk aandachtspunt genoemd om de gezondheid van lage SES doelgroepen te verbeteren. Een lokale en integrale aanpak wordt hierbij voorgestaan.

Cofinanciering

Door verschillende respondenten is daarnaast een aantal andere mogelijkheden genoemd voor cofinanciering van eventuele pilots:

- Diverse stimuleringsregelingen: op lokaal niveau kunnen gelden van de breedtesportimpuls, de stimulering van lokaal gezondheidsbeleid, het Grote Steden Beleid en de tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk voor dit doel benut worden.
- Diverse Fondsen. Zo verstrekt het stimuleringsfonds OGZ projectgelden voor vernieuwende initiatieven op het terrein van 'lokaal gezondheidsbeleid' en reikt jaarlijks een prijs uit voor het meest innovatieve project. Ook zijn interessant het VSB fonds en de Stichting Doen.
- Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) zoekt binnen haar programma Gezond Leven ook naar innovatieve en effectieve aanpakken om mensen met een gezondheidsachterstand te bereiken. ZonMw staat echter wel bekend om haar hoge eisen en vereist een lang voortraject, al zeggen verschillende respondenten dat zij bereid is haar regels soms wat te versoepelen.
- De categorale gezondheidsorganisaties zoals de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Kankerbestrijding, Astmafonds en het Voedingscentrum: bij verschillende categorale organisaties is bewegen een belangrijke factor in het terugdringen van de prevalentie van ziekten of het verminderen van de ziektelast.
- De Zorgverzekeraars Nederland. Met name Achmea Health ondersteunt momenteel preventieve activiteiten op het terrein van bewegen door het stimuleren van de oprichting van de zogeheten Achmea Healthcenters waar speciale programma's zijn voor o.a. senioren, revaliderenden etc.
- Het bedrijfsleven: *vanuit het perspectief van maatschappelijk ondernemen* lijkt het vooral zinvol op lokaal niveau het bedrijfsleven te polsen voor sponsoring. Er zijn hier interessante voorbeelden van te vinden (onder andere de Arnhemse Uitdaging).

3.4 Conclusies

- Onder de landelijke partners is draagvlak aanwezig voor het initiatief van NISB gericht op uitwerking van de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl.
- Er is onder alle partners tot op zekere hoogte interesse om op landelijk niveau een bijdrage te leveren aan de voorbereiding van de pilots en de selectie van de pilotgebieden. De meeste partners willen zitting nemen in een landelijk netwerk of referentiegroep en stellen voorwaarden en condities aan deze samenwerking.
- De landelijke partners hebben zelf de voorkeur voor een rol 'op afstand' ten aanzien van de lokale aanpak en uitvoering van de pilots.
- Onder de partners is met name aandacht gevraagd voor de doelgroepen allochtone vrouwen met spanningsklachten en overgewicht, allochtone ouders, (chronisch zieke) ouderen en te dikke kinderen in achterstandsgebieden.
- De landelijke partners doen aantal belangrijke suggesties voor de opzet en aanpak van de pilots, zoals: sluit aan bij belangrijke ontwikkelingen zoals het lokaal gezondheidsbeleid en reeds bestaande lokale initiatieven in dat kader, leer van succesvolle methodieken als Galm en Whoznext, begin kleinschalig, prefereer maatwerk in de lokale context boven een groot-schalige landelijke aanpak en betrek de doelgroepen nadrukkelijk vanaf het begin bij de opzet en aanpak van de pilots.
- De gesprekspartners noemen verschillende mogelijkheden voor (co)financiering van de pilots. Naast de gelden ten behoeve van de uitwerking van de nota "Sport, bewegen en gezondheid" (VWS) is het vooral interessant bij gemeenten aan te haken bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid, de breedtesportimpuls en de vrijwilligersimpuls.

4 Plan van Aanpak

4.1 Algemene conclusies en aanbevelingen

Dit rapport kan beschouwd worden als een eerste oriëntatie op de CBI methode gezonde en actieve leefstijl. In terminologie van projectmanagement kan worden gesteld dat deze oriëntatie informatie oplevert voor de *definitiefase* van dit project. In de eerste hoofdstukken is ingegaan op de vragen:

- Is de CBI methode gezonde en actieve leefstijl kansrijk om gezondheidsverschillen bij lage SES groepen te verkleinen?
- Is er draagvlak onder de landelijke partners om met NISB samen te werken om deze strategie op lokaal niveau te stimuleren en verder te ontwikkelen aan de hand van een aantal lokale pilots?

Op beide vragen is in principe een positief antwoord gegeven. Wel zijn vele nog onbeantwoorde vragen aan de orde gekomen. Ook is een aantal randvoorwaarden genoemd door de landelijke partners ten behoeve van de inhoud en opzet van de pilots, de te volgen werkstrategie en een mogelijke samenwerking in de toekomst. Op grond van de in hoofdstuk 1 en 2 beschreven informatie, uitgangspunten en adviezen en onze eigen indrukken komen we tot de volgende hoofdaanbevelingen aan NISB:

Aanbevelingen

Maak de komende jaren gericht werk van het verder ontwikkelen en verspreiden van de CBI aanpak gezonde en actieve leefstijl ter verkleining van de sociaal economische gezondheidsverschillen en volg hiervoor een meervoudige lange termijn strategie ('meersporen beleid') met de volgende onderdelen:

Lokale strategie

- 1 Opzet 'eigen' pilots: start met een aantal meerjarige 'eigen' pilots voor een nadere uitwerking van het concept CBI gezonde en actieve leefstijl.
- 2 Ondersteuning pilots van 'derden': ondersteun tegelijkertijd een aantal reeds lopende lokale initiatieven van 'derden' .

Landelijke strategie

- 3 Samenwerking met de landelijke partners: werk ten behoeve van de voorbereiding, begeleiding en monitoring van deze lokale strategie op hoofdlijnen samen met een aantal landelijke partners.
- 4 Communicatietraject: Zet ter ondersteuning van beide trajecten een communicatietraject op voor professionals die op lokaal of landelijke niveau werkzaam zijn.

In de volgende paragrafen wordt een aantal specifieke aanbevelingen gegeven gericht op de uitwerking van de lokale en landelijke strategie.

4.2 De lokale strategie

Ad 1: opzet en inhoud 'eigen' NISB pilots

Het is aan te bevelen middels een aantal pilots meer zicht te krijgen op de werkbaarheid, de mogelijkheden en begrenzingen van de CBI aanpak als het

gaat om bewegingsstimulering bij doelgroepen die vanwege sociale en economische omstandigheden een gezondheidsachterstand hebben.

Door de landelijke partners is een aantal subgroepen genoemd die hierbij extra aandacht verdienen, te weten:

- allochtone vrouwen met spanningsklachten en problemen met overgewicht;
- (chronisch zieke) ouderen die kampen met psychische problemen door vereenzaming;
- allochtone ouders (inclusief vluchtelingen);
- te dikke kinderen woonachtig in achterstandsgebieden in de grote steden.

Wat betreft de plekken waar en de wijze waarop deze doelgroepen benaderd worden kan hier geconcludeerd worden dat dit lastig is om hier op landelijk niveau gerichte uitspraken over te doen. Het is juist het doel van de pilots om hier nieuwe en innoverende strategieën voor te bedenken.

De pilots van NISB kunnen een middel zijn om meer te weten te komen over de wijze waarop lage SES groepen kunnen worden bereikt als het gaat om bewegingsstimulering. Interessant is vooral hoe deze groepen daar zelf bij kunnen worden betrokken en welke professionals en sleutelfiguren hierbij een rol kunnen spelen. Of zoals NISB het zelf uitdrukt: "de pilots kunnen meer inzicht geven in hoe de 'binding' met deze groepen bevorderd kan worden als het gaat om 'meer bewegen' en hoe het zelforganiserend vermogen van groepen kan worden versterkt". De pilots kunnen dan ook worden gezien als een 'lokale zoektocht' die NISB samen met lokale maar ook met landelijke professionals kan organiseren.

Om deze 'zoektocht' vooral veel te laten opleveren is het zaak de pilots goed voor te bereiden, te begeleiden en te monitoren. Hieronder volgt een aantal aanbevelingen ten aanzien van de doelen van de pilots en de opzet en voorbereiding ervan.

Voorbereiding pilots

Voor een goede voorbereiding van de pilots en het maken van een zorgvuldige selectie van een aantal pilotlocaties, is het aan te bevelen een pas op de plaats te maken alvorens de pilots in het voorjaar van 2003 te kunnen laten beginnen. De belangrijkste reden voor deze 'bezinning' ligt volgens ons besloten in het feit dat op basis van een vluchtige analyse van de praktijkvoorbeelden nog niet geheel helder is wanneer gesproken mag worden van een CBI benadering gezonde en actieve leefstijl en wanneer deze benadering succesvol genoemd mag worden. Een voorbeeld: spreken we al van een succesvolle CBI benadering wanneer een groepje Turkse vrouwen, op initiatief van het buurthuis en na bezoek van een Voorlichtster Eigen Cultuur en Taal (VECT), éénmalig een cursus volgt van 10 'bewegingsbijeenkomsten' door een fysiotherapeut? Kortom: op welke noemers kunnen op landelijk niveau doelstellingen geformuleerd worden, waar moet de lat liggen, en met welke resultaten zijn we tevreden?

De volgende stappen zijn aan te bevelen:

- Ontwikkel een startdocument met richtlijnen voor het strategisch, inhoudelijk en operationeel niveau. Waarin helder wordt omschreven wat CBI gezonde en actieve leefstijl wel is en wat niet en wat de beoogde resultaten zijn. Waarin kaders worden geschetst van doelstellingen, potentiële doelgroepen, interessante lokale contexten, randvoorwaarden voor de lokale samenwerking en de uitvoering. Doe dit onder andere door gebruik te maken van de reeds bekende succesformules van beproefde methodieken (whoZnext, de ABCD methode, Galm).

- Organiseer hiertoe een aantal lokale bijeenkomsten met relevante doelgroepen en beschrijf op basis daarvan relevante invalshoeken, interessante strategieën en randvoorwaarden voor de communicatie met die doelgroepen en het betrekken van de sociale en fysieke omgeving.
- Werk vanaf de voorbereiding aan het ontwikkelen van een instrument voor monitoring en evaluatie van de pilots. Onderzoek wat er al op dit terrein is ontwikkeld (onder andere door NIGZ en Universiteit Wageningen) en haak hierbij aan. Een nadere oriëntatie op monitoring en evaluatie is ook van belang in verband van het formuleren van doelen en resultaten aan het begin van de pilots (op welke niveau kunnen doelen en resultaten geformuleerd worden en wat is haalbaar en meetbaar?)
- Leg het startdocument voor de pilots voor aan een groep landelijke experts.

'Ontwerpeisen': aandachtspunten voor de inhoud, doelen en aanpak van de pilots

Ongeacht het feit dat elke pilot 'uniek' zal zijn en lokaal invulling zal krijgen is het aan te bevelen in elke pilot te stimuleren dat aan een aantal zaken gericht aandacht wordt besteed en hierover informatie wordt verzameld. De hieronder genoemde aandachtspunten oftewel 'ontwerpeisen' zijn dus tevens interessante aanknopingspunten voor monitoring en evaluatie.

- Focus op het *proces* van lokale samenwerking tussen professionals: het tot stand komen van multidisciplinaire samenwerking, het creëren van lokaal draagvlak etc. Stel duidelijke randvoorwaarden aan het lokale draagvlak en stel eisen aan de lokale samenwerking met de lokale professionals en sleutelfiguren. Het is van belang in een vroeg stadium de juiste partners van potentiële lokale instellingen aan tafel te krijgen en tot op directieniveau goedkeuring te krijgen voor de samenwerking. Deze samenwerking moet op lokaal niveau 'een lange houdbaarheidsdatum hebben'.
- Kijk in het bijzonder naar *de rollen van de* betrokken in het *proces* van lokale samenwerking. Stimuleer een 'dienstbare', faciliterende en coördinerende rol van de lokale overheid en of de GGD, een stimulerende en communicatieve rol van lokale professionals (huisarts, fysiotherapeut, wijkopbouwwerker etc), en een actieve, productieve rol van de doelgroepen zelf. Kijk ook naar de rol van formele en informele leiders en sleutelfiguren.
- Focus in het bijzonder op de *communicatie* tussen professionals op lokaal niveau en verschillende lage SES en andere bijzonder doelgroepen: hoe komt de communicatie met doelgroepen tot stand, welke wegen worden hiertoe bewandeld, welke personen worden hierbij ingezet, hoe kan de omgeving worden betrokken etc.
- Inventariseer de *mogelijkheden en grenzen van participatie* van wijkbewoners of specifieke doelgroepen en hoe het zelforganiserend vermogen van doelgroepen bevorderd kan worden.
- Krijg goed zicht op de noodzakelijke stappen in de aanpak en onderzoek de *bruikbaarheid van strategische aanpakken als de ABCD methode* (het maken van een sociale kaart, het zoeken naar nieuwe partners, het werken met wijkbudgetten) en andere methoden als WhoZnext (J-teams) en Galm.
- Zoek naar kansen en mogelijkheden voor het tot stand brengen van verbindingen met *lokaal sociaal beleid* en stimuleer dat deze worden benut. Onderzoek ter plaatse welke koppeling met welke beleidsterreinen en thema's bij welke doelgroepen meerwaarde oplevert. Kijk hierbij in bijzonder naar beleidsvelden als: wonen, zorg, veiligheid, stedelijk beheer etc.
- Streef naar *resultaten* bij de doelgroep in termen van 'meer en regelmatig bewegen' (gedragsdoelen) maar ook het verhogen van de kennis over bewegen en gezondheid, het verhogen van de eigen effectiviteit en veranderen van de houding ten opzichte van bewegen bij de doelgroep.

Focus naast kwantitatieve resultaten vooral ook op kwalitatieve resultaten en kijk ook naar omgevingsfactoren en maatschappelijke waarden, zoals bevorderen sociale contacten, vermindering sociale isolatie en verbetering leefbaarheid van de wijk.

Selectie pilotgebieden

Het is op basis van deze eerste oriëntatie nog wat prematuur om een aantal gebieden (gemeenten) aan te wijzen die geschikt zijn voor de pilots, al is een aantal interessante gebieden in beeld.

Bij de selectie van geschikte pilotgebieden en locaties is het echter aan te bevelen om:

- te kiezen voor die gemeenten die al op een of andere manier werk maken van het verkleinen van gezondheidsverschillen (oftewel werken aan de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid), waar al gewerkt wordt met of draagvlak aanwezig is voor een wijkgerichte of community benadering (of ABCD methode), waar 'bewegen' een topic is of kan worden, waar gemotiveerde doelgroepen zijn en waar een lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband opereert of op zijn minst een goede kans van slagen heeft;
- op zoek te gaan naar gemeenten waar de kwaliteit van de begeleiding en professionals optimaal is (deskundig, flexibel, creatief, initiatiefrijk etc);
- bij voorkeur uit te gaan van gemeenten met een meewerkend en gemotiveerd beleidskader, die bereid zijn hier op lange termijn geld voor ter beschikking te stellen, bereid zijn om te investeren in een landelijke pilot en mee willen werken aan de evaluatie en monitoring ervan;
- zorg te dragen voor een zekere mate van diversiteit in de zin van: spreiding van pilotgebieden in het land, keuze van doelgroepen en contexten en grootte van gemeenten.

Tot slot kunnen wij NISB in dit verband de volgende overwegingen meegeven:

- nodig landelijke partners uit om, onder bepaalde voorwaarden, concrete voorstellen te doen voor interessante pilotgebieden (inclusief doelgroepen en lokale contexten);
- roep gemeenten op een aanvraag voor een pilot in te dienen en koppel een geldbedrag aan de meest innovatieve of veelbelovende aanpak.

Aansturing pilots

Het is vooral interessant aandacht te besteden aan de mate waarin een bottom-up strategie zoals de CBI aanpak kan worden ondersteund en begeleid door lokale en (op afstand) ook door landelijke professionals. Van belang hierbij is dat geen inbreuk gemaakt wordt op de gedelegeerde verantwoordelijkheden aan het lokale niveau cq. de bewoners (doelgroepen). Duidelijk is dat de landelijke partijen alleen op enige afstand van de pilots een betrokkenheid kunnen hebben. Echter ook op lokaal niveau is het zaak een juiste balans te vinden tussen 'sturen' en 'loslaten'.

Wij kunnen wat dit betreft de volgende aanbevelingen doen.

- Delegeer de verantwoordelijkheden voor de definitieve opzet, het formuleren van doelen, het bepalen van de inhoud en aanpak van de pilots nadrukkelijk naar het lokale niveau; zorg voor een hoog 'werkende weg' gehalte binnen de pilots en bewaak dat het lokale niveau de ruimte heeft om zelf invulling te geven aan het project.
- Zorg voor kwalitatieve deskundigheidsbevordering tijdens de rit. Doe dit bijvoorbeeld in de vorm van een landelijke 'masterclass' voor de professionals op lokaal niveau en koppel dit traject op een of andere wijze aan de begeleiding op landelijk niveau. Werk in de masterclass de richtlijnen uit voor een gemeenschappelijke aanpak en verfijn gaandeweg de uitgangs-

punten en randvoorwaarden van de lokale methodiek. Verbind een certificaat aan deelname aan de masterclass.

- Stel per pilot een contactpersoon of projectbegeleider aan om op lokaal niveau 'advies op maat' te geven en om het proces binnen de pilot te bewaken.
- Stel op landelijk niveau een projectleider/expert aan voor het hele traject die deze contactpersonen ondersteunt.
- Zet de monitoring en evaluatie zo op dat tussentijds op lokaal niveau bijsturing kan plaatsvinden.
- Zorg dat op landelijk niveau een groep experts de ontwikkelingen binnen de pilots volgt en van commentaar kan voorzien in de richting van de projectbegeleiders.

Ad 2: ondersteuning lopende pilots van derden

In hoofdstuk 3 is aan de orde geweest dat er momenteel al een aantal pilots en projecten loopt in het kader van o.a. ontwikkelingen van:

- het lokaal gezondheidsbeleid;
- de breedtesportimpuls;
- het lokaal vrijwilligersbeleid.

Veel gemeenten hebben bij het rijk middelen aangevraagd om het beleid op genoemde terreinen te stimuleren. Het is zinvol indien NISB van bovengenoemde ontwikkelingen gebruik maakt door met haar 'eigen' pilots hierbij aan te sluiten.

Daarnaast doen wij de aanbeveling aan NISB om ook nadrukkelijk hand- en spandiensten (advies en consult) aan te bieden aan een aantal reeds lopende experimenten en initiatieven van derden. Door met de landelijke partners samen te werken rondom de 'pilots van derden' en door deskundigheid aan te bieden aan bestaande en nieuwe initiatieven kan werkende weg veel ervaring worden opgedaan en deskundigheid worden geworven.

Om deze ontwikkeling te stimuleren doen wij de volgende aanbevelingen.

- Verzoek de landelijke partners aan te geven welke lopende lokale initiatieven interessante aanknopingspunten bieden voor een eenmalig consult of een kort adviestraject op het terrein van bewegingsstimulering volgens de CBI aanpak.
- Verzamel vanaf het begin informatie over good practices en veelbelovende initiatieven en verspreid die via bestaande communicatiekanalen onder lokale professionals (bij voorkeur via SLAG en het netwerk lokaal gezondheidsbeleid). Zie ook aanbeveling 4, communicatietraject.

4.3 De landelijke strategie

Ad 3: Samenwerking met landelijke partners

Over de strategie voor landelijke samenwerking kunnen we eigenlijk kort zijn. Bij de samenwerking met de landelijke partners geldt het win-win principe. De partners willen investeren maar er ook iets voor terugkrijgen. In hoofdstuk 3 staat een opsomming van de belangrijkste wensen en invalshoeken van de partners en wordt een indicatie gegeven van de bereidheid tot samenwerken. Het verdient nadrukkelijk aanbeveling om bij zowel de voorbereiding als de uitvoering van dit traject op landelijk niveau samen te werken met een aantal landelijke partners in de sport en de preventieve gezondheid(szorg). Onderscheid kan gemaakt worden tussen de samenwerking op strategisch en operationeel, inhoudelijk niveau.

Strategisch niveau

Het is aan te bevelen in een zogeheten landelijke 'referentiegroep' samen te werken met een klein aantal strategische partners zoals VWS, de VNG, GGD-Nederland, het NIGZ en NIZW ter wille van:

- de voorbereiding van de algemene strategie, de opzet van de pilots en het selecteren van de pilotgebieden (overdragen relevante kennis en wetenswaardigheden);
- het ontwikkelen van een instrument voor monitoring en evaluatie;
- het raadplegen van relevante achterbannen en sleutelfiguren;
- het informeren van relevante netwerken;
- het bevorderen van het landelijk draagvlak;
- het benaderen van interessante financiers;
- het overdragen van verworven kennis en inzichten.

Deze referentiegroep kan volstaan met het twee of drie keer bij elkaar komen tijdens de voorbereidingen: eenmaal tijdens de pilots en een keer bij de afronding van de pilots.

Operationeel, inhoudelijk niveau

Met een aantal andere organisaties zoals met NOC*NSF, NebasNsg, categoriale gezondheidsorganisaties (bijv. Nederlandse Hartstichting of Voedingscentrum) is het interessant een samenwerking 'op afstand' aan te gaan rondom de verschillende lokale pilots en doelgroepen. Over het hoe en wat van deze samenwerking kunnen in een later stadium nadere afspraken gemaakt worden. De nadruk van de samenwerking zal liggen op:

- het voordragen van interessante pilotgebieden;
- het voordragen van interessante doelgroepen en lokale contexten;
- het op 'afstand' begeleiden van de pilots;
- het opzetten van een landelijke masterclass voor de lokaal opererende professionals;
- het kritisch reflecteren op de methodiek.

Naast de in dit rapport genoemde organisaties is het aan te bevelen voor de pilots gericht op allochtone doelgroepen ook samenwerking aan te gaan met landelijke organisaties zoals Forum, die deze groepen kunnen vertegenwoordigen en beschikken over relevante netwerken onder specifieke allochtone groepen.

Ad 4: 'landelijk' communicatietraject

Om de genoemde lokale en landelijke strategie goed op gang te brengen is het aan te bevelen vanaf het begin te werken aan het opzetten van een landelijk communicatietraject en daarin minimaal:

- vanaf het begin af te werken aan de invulling van de NISB databank (inclusief website) met good practices CBI gezonde en actieve leefstijl;
- bijeenkomsten te organiseren voor professionals, ten behoeve van het verspreiden van kennis en het uitwisselen van informatie en ervaringen;
- een maandelijkse column in de NISB-nieuwbrief te publiceren, waardoor aan recente ontwikkelingen ruchtbaarheid gegeven kan worden en ook vragen vanuit de gemeenten kunnen worden gegenereerd.

Het is nadrukkelijk aan te bevelen dit communicatietraject te koppelen aan andere landelijke communicatielijnen van de landelijke partners gericht op kennisoverdracht aan professionals (bijv. in het kader van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid) en gebruik te maken van de netwerken die daar reeds zijn opgebouwd (SLAG). Voor de databank geldt dat aansluiting wenselijk is bij het initiatief van de QUI partners (QUI staat voor quality of

Interventions project) op landelijk niveau (NIGZ, Trimbos-instituut, GGD-Nederland, GGZ-Nederland, NIZW, VNG, ZonMw en het RIVM). Dit project heeft tot doel de passieve databases die de afgelopen jaren zijn opgebouwd met gegevens over preventieve interventies beter op elkaar af te stemmen en actiever te gebruiken.

4.4 Vervolgstappen 2^o fase Plan van Aanpak

In aanvulling op hetgeen in voorgaande hoofdstukken is beschreven en de aanbevelingen die zijn gedaan kunnen voor de 2^o fase (de ontwerpfase: september – februari 2003) de volgende vervolgstappen worden voorzien:

acties ontwerpfase in 10 stappen:

- 1 Stel op korte termijn een landelijk projectleider aan.
- 2 Stel een referentiegroep samen op strategisch niveau.
- 3 Bereid de NISB pilots voor door middel van de in paragraaf 4.2 beschreven stappen:
 - organisatie van aantal bijeenkomsten met specifieke doelgroepen;
 - de voorbereiding van een instrument en plan voor monitoring en evaluatie.
 - de ontwikkeling van een startdocument;
- 4 Verzoek landelijke partners om ideeën en suggesties voor pilotgebieden en mogelijke korte adviestrajecten.
- 5 Maak in overleg met de gemeenten en landelijke partners een voordracht van een aantal interessante pilotlocaties, beschrijf aandachtspunten, doelgroepen en verwachtingen per locatie.
- 6 Schrijf projectplan c.q. subsidieaanvraag voor VWS, eventueel ZonMw en mogelijke co-financiers.
- 7 Werk de voorstellen uit voor communicatie, evaluatie en monitoring.
- 8 Bespreek alle voorstellen in de referentiegroep.
- 9 Dien subsidieaanvraag (of aanvragen) in.
- 10 Maak afspraken met andere landelijke organisaties en met de pilotlocaties voor de voorbereiding van de start van de pilots.

Bijlagen

Bijlage 1 Gesprekspartners

Gesproken is met:

- NIGZ: Joop ten Dam, projectleider SLAG; Goof Buijs, projectleider schoolgezondheidsbeleid en telefonisch met Jolanda Keijsers, hoofd CRIM (centrum voor review en implementatie);
- NIZW/VNG: Marleen Goumans, coördinator zorg, tevens secretaris van de stuurgroep Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg;
- NOC*NSF: Peter Nieuwenhuis, hoofd afdeling breedtesport en Helmie Mulder, projectleider NIB;
- NISB: Marian ter Haar, hoofd sector Bewegen en Gezondheid, Toine van de Wert, kwartiermaker programma Gezondheid en actieve leefstijl, Hans van Helden, projectleider WhoZnext;
- VWS: Maarten Koornneeff, projectleider uitvoering nota *Sport, bewegen en gezondheid*; en Loes Singels, directie Preventie & Openbare Gezondheidszorg (POG), betrokken bij uitvoering van de afspraken in het Nationaal Contract;
- NebasNsg: Erik de Winter, directeur;
- GGD-Nederland: Jules van Wijngaarden, senior beleidsmedewerker en Anja Koornstra, beleidsmedewerker lokaal gezondheidsbeleid.

Daarnaast is gesproken met een aantal mensen die in de praktijk betrokken zijn bij CBI-projecten gezonde en actieve leefstijl. Op 25 april jl. is een bijeenkomst bijgewoond over 'lokaal gezondheidsbeleid', georganiseerd door het Intercategoriaal GVO overleg, een sectie van de Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (NVPG).

Bijlage 2 Enkele voorbeelden

'Gezond leven en bewegen' Kanaleneiland, Utrecht

Contactpersoon Hera Borst, GG&GD

In deze regio is een project 'Gezond leven en Bewegen' opgezet in samenhang met het project 'Heel de Buurt' van NIZW. Het project is een initiatief van de GG&GD in samenwerking met de Thuiszorg Stad Utrecht. Uit gegevens van hulpverleners in de gezondheidszorg (gezondheidsenquête 1997) en uit reacties van bewoners in de wijk blijkt dat een grote groep allochtone vrouwen op Kanaleneiland te kampen heeft met gezondheidsklachten die voortkomen uit spanningen. De huisarts kan hier weinig aan doen. Een deel van de vrouwen leeft tamelijk geïsoleerd en ervaart weinig steun van familie en vrienden. Er is sprake van een sterke sociale controle.

Het project 'Gezond leven en bewegen' is er op gericht die spanningsklachten te verminderen onder andere door vrouwen inzicht te verschaffen in het verband tussen spanningsklachten en overbelasting door psychosociale problemen, vrouwen te leren zich beter te leren ontspannen en door hen kennis te laten maken met het zorg- en welzijnsaanbod in de wijk waarvan zij gebruik kunnen maken. In 2000 is gestart met een aanbod voor Marokkaanse en later ook Turkse vrouwen. Het aanbod voor de vrouwen bestaat uit: laagdrempelige themabijeenkomsten over spanningsklachten in combinatie met oefeningen onder leiding van een fysiotherapeute. In vervolg op de bijeenkomsten worden de vrouwen gestimuleerd deel te nemen aan andere activiteiten in de wijk zoals fysiogym, aquagym en cursussen op het gebied van opvoeden en ouder worden in Nederland. Ook wordt gewerkt aan het verbeteren van de communicatie tussen voorlichters en de vrouwen die nog niet door hen werden bereikt, tussen de vrouwen onderling, de aanbieders zorg en welzijn en tussen zorgverleners en hun Marokkaanse en Turkse patiënten.

De bijeenkomsten worden uitgevoerd door de Thuiszorg Stad Utrecht. Bij dit project zijn betrokken: de GG&GD, maatschappelijk werk, Altrecht (RIAGG), thuiszorg, huisarts, fysiotherapeuten, vrouwenwerk, Vrouwen Ontmoetings Project en de Dienst Sport en Recreatie.

Inmiddels is het aanbod voor allochtone vrouwen structureel ingebed en heeft het een vaste plek gekregen binnen het aanbod van de Thuiszorg stad Utrecht.

Amersfoort, buurthuis de Driehoek

Contactpersoon: Sharareh Atabaki, wijkopbouwwerkster

In dit buurthuis komen veel buitenlandse vrouwen en worden voor deze doelgroep verschillende activiteiten ontwikkeld. Het gaat hier om vrouwen van allerlei nationaliteiten maar te onderscheiden zijn Turkse vrouwen, Marokkaanse vrouwen en groepen vluchtelingen vrouwen (waaronder vrouwen uit Somalië, Irak, Iran). De vrouwen hebben vaak spanningsklachten (hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, slecht slapen). Vooral de Turkse vrouwen en Marokkaanse vrouwen willen vaak ook afvallen. In het buurthuis komt nu een aanbod rondom bewegen. Het gaat om lessen onder begeleiding van een vrouwelijke docent uit Iran die in haar geboorteland is opgeleid. Tijdens de lessen wordt op verzoek van de vrouwen geen muziek gedraaid. Verder worden ook fietslessen gegeven. Om de vrouwen te motiveren te komen en toestemming te krijgen van hun mannen wordt de argumentatie vooral rondom de spanningsklachten opgebouwd (je bent meer buiten, meer zuurstof, je kunt beter slapen).

etc). Immers: van hun mannen hoeven ze niet af te vallen. De contacten met deze vrouwen worden vaak gelegd via de huisarts of fysiotherapeut. De werving van vrouwen vindt verder plaats via huis-aan-huis bezoeken door buurtwerkers, bezoeken aan de moskee (hun mannen), via de scholen waar ze op Nederlandse les zitten etc.

'Lusten en Lasten', Breda Noordoost (ABCD- methode)

Contactpersoon: Leo van Gerven, SOAB Breda

Het project Lusten en Lasten is een project in het kader van Stedelijke vernieuwing in het kader van het Grote Steden Beleid. Doelen van het project zijn o.a. het aan het werk helpen van langdurig, moeilijk bemiddelbare werkelozen, het verbeteren van de leefbaarheid van de wijk, het betrekken van bewoners bij hun woon- en leefomgeving en het zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen van bewoners. In Noordoost wonen veel ouderen maar ook zijn er veel nieuwkomers: jongeren, startende gezinnen en allochtonen. Er is een grote verscheidenheid aan bewoners, huishoudens, leefstijlen; In het kader van dit project heeft de gemeente 340.000 euro ter beschikking gesteld voor bewonersinitiatieven, zonder voorwaarden vooraf te stellen. Doelen van het experiment zijn:

- bewoners meer invloed en medezeggenschap te geven over hun leefomgeving;
- de positie van bewoners te versterken ten opzichte van gemeente en woningbouwcorporaties;
- bewoners als partner bij het proces en medespeler in het veld.

Het project krijgt vorm in 4 stappen:

- 1 inventariseren van ideeën van bewoners om zaken in de wijk te verbeteren;
- 2 screenen en selecteren van deze ideeën;
- 3 kiezen van winnende ideeën die uitgewerkt worden;
- 4 uitwerken en realiseren van deze ideeën.

Opvallend was dat bij de ideeën veel initiatieven zaten op het terrein van sport en bewegen, zoals: het plaatsen van achtervangnetten voor een voetbalkooi, een voetbaltoernooi met een buurtfeest, knikkerpotjes bij iedere speelgelegenheid, ontmoetingsplek voor buurtbewoners met een jeu de boulesbaan etc.

Het project heeft ook neveneffecten opgeleverd in de zin van 'nieuwe contacten opdoen in de wijk'. De betrokkenheid van allochtonen bij dit proces liep helaas achter bij de betrokkenheid van de autochtone buurtbewoners.

Wijkgezondheidswerk Tivoli en Bennekel, Eindhoven;

Contactpersoon: Yvonne Meertens Afdeling Gezondheidsbevordering
GGD Eindhoven

Zoals in veel steden in Nederland bestaat er in Eindhoven een geografische clustering van mensen met een lage sociaal economische status (SES). Eén van de kenmerken van wijken met een lage SES is de gemiddelde gezondheidsachterstand van bewoners. Wijkgericht werken aan gezondheid is een methode die een bijdrage kan leveren aan de het verkleinen van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen. De wijken Tivoli en de Bennekel zijn in september 2000 gestart met het Wijkgezondheidswerk. Door middel van intensieve samenwerking tussen o.a. bewonersverenigingen, Loket W, GGD, gemeentelijke Wijkprojectleiders en enkele huisartsen organiseert het Wijkgezondheidswerk in Tivoli en de Bennekel laagdrempelige activiteiten rondom

thema's als voeding, beweging, stoppen met roken en matig alcoholgebruik.

Door middel van deze activiteiten probeert het Wijkgezondheidswerk bij bewoners een bewustwordingsproces over hun gezondheid op gang te brengen. Het inzicht dat zij zelf hun eigen welzijn kunnen beïnvloeden moet uiteindelijk leiden tot het verbeteren van de leefstijl en het boeken van gezondheidswinst. Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is een langdurig proces, waarbij niet alleen gewerkt moet worden aan een gezonde leefstijl maar ook aan andere factoren die van invloed zijn op het individuele welbevinden van de burger, zoals een leefbare woon- en werkomgeving, goede (gezondheidszorg)voorzieningen in de wijk en sociale factoren als werkloosheid, stress en eenzaamheid.

Bijlage 3 Relevante landelijke ontwikkelingen

Ontwikkelingen lokaal Gezondheidsbeleid/VNG, GGD-Nederland

Alle Nederlandse gemeenten zijn verplicht voor 1 juli 2003 een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. Deze maatregel vloeit voort uit de Wet Collectieve en Preventieve gezondheidszorg (WCPG) die recent op een aantal onderdelen is aangepast en uit het Nationaal Contract OGZ dat ondertekend is door de VNG, de GGD Nederland en het Ministerie van Binnenlandse Zaken. In het kader van dit wetsvoorstel zijn veel gemeenten aan de slag gegaan met het formuleren van doelen en voorstellen ter verbetering van de gezondheidstoestand van haar burgers. Door het Ministerie van VWS en de Nationale Gezondheidsraad wordt in het bijzonder belang gehecht aan het aanpakken van de sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV). In een recente rapportage van de commissie Albeda (SEGV II) en het daarop volgende kabinetsbesluit SEGV II (VWS) wordt daarom gepleit voor de wijkgerichte aanpak in achterstandsbuurten. In dit licht zijn ook de initiatieven in het licht van het Grote Steden beleid (Ministerie van BZ) Gezonde steden beleid (WHO) en het netwerk gezonde gemeenten (VNG) interessant.

Steunpunt landelijke aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG/NIGZ)

Bij het NIGZ is sinds een aantal jaren het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) actief. SLAG biedt ondersteuning aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen. SLAG past binnen de visie van het rapport van de commissie Albeda waarin wordt gepleit voor een dergelijk steunpunt. Met het steunpunt SLAG neemt het NIGZ het initiatief tot een samenwerkingsverband, waarin diverse landelijke en regionale (lokale) gezondheidsorganisaties participeren. SLAG werkt als zodanig aan het opbouwen van een netwerk en zorgt ervoor dat lokale professionals elkaar regelmatig ontmoeten. Verder worden diverse vormen van ondersteuning geboden: zoals het ondersteunen van de lokale projecten, het overdraagbaar maken van de resultaten (methodieken en materialen) en ervaringen, het bieden van actuele overzichten van projecten, het trainen van de professionals en het verzamelen van good practices. Ook treedt het steunpunt op als pleitbezorger van de lokale aanpak van gezondheidsverschillen.

Actieprogramma Gezonde School/ Schoolgezondheidsbeleid (SGB)/NIGZ

Het NIGZ participeert in het actieprogramma Schoolgezondheidsbeleid Nederland. Het project heeft als doel een samenhangende visie te ontwikkelen op schoolgezondheidsbeleid en op de ontwikkeling van de benodigde ondersteuningsstructuur. Het project is gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door de SGB-projectgroep waarin GGD-Nederland, NIGZ, TNO-PG en het Trimbosinstituut participeren. In het SGB platform zijn daarnaast diverse organisaties uit de onderwijssector vertegenwoordigd. In het kader van dit project is onder andere een landelijk platform SGB opgericht en wordt voorzien in een regionaal samenwerkingsverband van GGD-en ten behoeve van het bevorderen van afstemming tussen scholen onderling en aanbiedende lokale en regionale organisaties op het terrein van schoolgezondheidsbeleid. Ook is een aantal meerjarige programma's rondom specifieke groepen jeugd, waaronder allochtonen in voorbereiding. Gekoppeld aan deze programma's worden pilots uitgevoerd (waaronder in Zuidelijk Zuid Limburg) om nieuwe initiatieven op het terrein van SGB te stimuleren. Participatie van jongeren krijgt hierbij hoge prioriteit.

Communities that Care/ NIZW

Bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW wordt sinds 1999 het project Communities that Care (CtC) uitgevoerd. CtC is een preventieve aanpak om probleemgedrag bij jongeren te voorkomen. De methode komt oorspronkelijk uit de Verenigde Staten. In 1999 is gestart met CtC in Amsterdam-Noord, Arnhem Presikhaaf-West, Rotterdam Het Oude Noorden en Zwolle-Zuid.

'Communities that Care' is bedoeld voor kinderen en jongeren tot achttien jaar met een vergrote kans op het ontwikkelen van probleemgedrag of op maatschappelijke uitval. CtC is een adequaat antwoord op de problematiek rond jeugd en criminaliteit in probleemwijken, en ook op de overvloed aan projecten in een wijk. Het onderzoekt eerst wat de problemen precies zijn en wat de redenen hierachter zijn, om dit vervolgens om te zetten in actieplannen. Hierbij worden projecten ingezet die bewezen effectief zijn op specifieke risico- dan wel beschermende factoren. Het brengt de overvloed aan initiatieven en projecten bij elkaar. Bestuurders, organisaties en de mensen uit de buurt werken samen aan deze actieplannen waarbij de lokale gemeenschap een leidende rol heeft. Het doel op lange termijn is een veilige, constructieve leefomgeving te scheppen; een wijk of buurt waar kinderen worden aangemoedigd hun capaciteiten aan te spreken en zich optimaal te ontwikkelen. Vanaf 1999 is CtC op vier pilot-locaties van start gegaan onder begeleiding van het NIZW.

Sociale activering/NIZW

Wijkgerichte aanpakken die de afgelopen jaren zijn opgezet in het kader van sociale activering kunnen een geschikte voedingsbodem bieden voor CBI projecten gezonde en actieve leefstijl. Sociale activering is een taak van het welzijnswerk die sinds het begin van de jaren negentig volop in de belangstelling staat. Het is een vorm van intensieve individuele begeleiding waarbij mensen op vrijwillige basis nieuwe activiteiten gaan ondernemen en hun isolement doorbreken. Zo is in het kader van het project Heel de Buurt van NIZW in een groot aantal gemeenten in Nederland in achterstandswijken gewerkt aan het opbouwen van een lokaal netwerk, sociale activering van bewoners en ontwikkeling van laagdrempelige projecten gericht op het leefbaar maken van buurten en wijken.

Tijdelijke Stimuleringsregel Vrijwilligersimpuls/VWS

In het kader van de Tijdelijke Stimuleringsregeling voor het vrijwilligersbeleid (TSV) van het Ministerie van VWS heeft onlangs een groot aantal gemeenten een aanvraag ingediend. In deze aanvraag worden de gemeentelijke plannen en voornemens geformuleerd gericht op het stimuleren van lokaal integraal vrijwilligersbeleid.

Onafhankelijk daarvan maar toch aansluitend aan deze impuls is door de commissie Lokaal Vrijwilligersbeleid het initiatief genomen tot het opzetten van een aantal inhoudelijke activiteiten gericht op het bevorderen van inhoudelijk beleid. De commissie heeft 4 speerpunten vastgesteld, te weten: visie ontwikkelen, regie, zicht krijgen op vrijwilligerswerk en participatie. Daarnaast is de commissie geïnteresseerd in de wijze waarop allochtonen deelnemen aan vrijwilligerswerk en ook in de participatie van het bedrijfsleven bij veelbelovende initiatieven.

De commissie gaat de komende 3 jaar ongeveer 20 lokale gemeenten ondersteunen bij de ontwikkeling en uitvoering van het lokaal vrijwilligersbeleid.

Bijlage 4 Deelnemers bijeenkomst 27 juni jl.

Deelnemers:

- Mw. G. Kramer, Fysiotherapie Unlimited
- Mw. A. van der Kar, GGD- Midden Limburg
- Mw. M. Schultze, Buurthuis Overvecht Utrecht
- Mw. N. Mohamed, Buurthuis Overvecht Utrecht
- Mw. I. van der Zande, GGD Amstelland de Meerlanden
- De heer C. Veldhuizen, Forum
- Mw. W. Angenent, Calorie Online
- Mw. E. Kaldenberg, Calorie Online

Vanuit NISB:

- Mw. M. ter Haar
- De heer T. van de Wert
- Mw. W. Westerhof

Vanuit DSP-groep:

- Mw. C. Kolner