

## Wijkgerichte preventie: mode of noodzaak?

Wijkgerichte preventie slaat pas echt aan als eerstelijnsverpleegkundigen gezondheidsproblemen, ongezond gedrag én de fysieke en sociale omgeving meenemen in hun (wijk)aanpak. Campagnes als *Roken is dodelijk* sorteren vrijwel geen effect, zo blijkt uit onderzoek van het RIVM. Maar komt er meer groen in de wijk en worden de speelvoorzieningen voor kinderen uitgebreid, dan nemen gezondheidsklachten zoals obesitas en depressies af. Socioloog en hbo-v-docent Huub Sibbing leest ons de les over hoe wijkgerichte preventie vorm kan krijgen. Hij toont ons tevens dat deze aanpak eigenlijk de enige manier is om de massale vergrijzing, het tekort aan zorgprofessionals en de financiering van de zorg het hoofd te bieden.



Er komt nogal wat op ons af als we geen veranderingen doorvoeren in de zorg in Nederland. In 2025-2030 zijn de effecten van de (dubbele) vergrijzing goed merkbaar. Dat vraagt om meer zorg, maar ook om complexere zorg omdat met name bij ouderen meerdere aandoeningen tegelijkertijd voorkomen zoals dementie en diabetes. De verwachting is dat rond diezelfde tijd de mantelzorg niet voldoende is. Er zijn simpelweg minder jongeren dan nu maar ook is rond 2025 het verlenen van mantelzorg nog zeker niet vanzelfsprekend. Conclusie: de zorgvraag neemt toe en de mantelzorg is (nog) niet voldoende. Om dit gat op te vullen hebben we simpelweg meer zorgprofessionals nodig. Diverse scenario's voorspellen tekorten van 300.000 tot 500.000 zorgprofessionals. Een klein rekensommetje laat zien dat 20 tot 30 procent van alle schoolverlaters een zorgberoep moet kiezen om dit probleem op te lossen. Geen realistische gedachte, lijkt me.

Naast het arbeidsmarktprobleem dreigt er een enorm financieringsprobleem. De zorg kost jaarlijks 90 miljard euro. Dat komt neer op ruim 10 procent van alles wat we met elkaar in Nederland verdienen en uitgeven. Als we op dezelfde manier doorgaan, dan zal dat volgens het CPB in de periode 2030-2040 stijgen naar 25 tot 30 procent. Dat is 2,5 tot 3 keer zoveel als nu. En wie zijn huishoudpot op orde wil houden, snapt dat we dan minder geld beschikbaar hebben voor andere belangrijke zaken als onderwijs, huisvesting, vervoer en ga zo maar door.

Op de achtergrond hiervan leven we in Nederland alleen maar ongezonder. Dit gaat vooral op voor mensen met een lagere sociaal-economische status (SES, opleiding en inkomen). Volgens de laatste berekeningen van het CBS, het RIVM en het SCP leven mensen met een lagere SES tien jaar korter, leven ze twaalf tot veertien jaar korter zonder beperkingen en zelfs 21 jaar korter in gezondheid. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn de afgelopen tien tot vijftien jaar helaas alleen maar toegenomen.

## Het roer om

Duidelijk moge zijn dat het roer drastisch om moet. Daarom pleitte de Raad voor Volksgezondheid & Zorg in haar Advies *Perspectief op Gezondheid* in 2010 al voor een radicaal andere benaderingswijze in de gezondheidszorg. We moeten van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG). En ons gaan richten op het behoud van de gezondheid en het voorkomen van ziekten. Ofwel: preventie en ontzorgen. En mensen niet alleen langer laten leven, maar vooral ook langer gezond houden.

Preventie lijkt dus het codewoord, maar daar ligt ook meteen een groot probleem. Het is namelijk

veel makkelijker gezegd dan gedaan. Neem grote leefstijlcampagnes als Roken is dodelijk. Uit het eens in de vier jaar verschijnende *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* (VTV) van het RIVM blijkt dat deze campagnes vrijwel geen gezondheidswinst opleveren. Ook kortdurende leefstijlinterventies hebben vaak geen blijvende effecten.

Hoe dit komt? Omdat bij deze campagnes een individuerichte benadering van gezondheid centraal staat. Wat niet wordt meegenomen is dat gezondheidsproblemen en gezond gedrag vrijwel altijd samenhangen met omgevingsfactoren zoals de kwaliteit van huisvesting, milieu, lawaai, arbeidsomstandigheden, groenvoorzieningen en dergelijke. Zo zijn gezondheidsproblemen in probleemwijken vaak versmolten met sociale en welzijnsproblemen als inkomen, wonen, veiligheid en de leefomgeving. Wat dacht je van een werkloze laagopgeleide man die op zoek is naar een baan? Hij heeft gezond gedrag op een lager pitje staan omdat ongunstige leefomstandigheden als een veilige woonomgeving, huurachterstand of schulden de boventoon voeren. Zijn prioriteit ligt bij het vinden van een baan, niet bij het stoppen met roken. In de wat rijkere buurten spelen deze omgevingsfactoren minder een rol waardoor je grote verschillen hebt in gezondheid en risicofactoren in de diverse wijken.

## Betrek de sociale omgeving erbij

Gelukkig doet hetzelfde onderzoek van de RIVM aanbevelingen om preventie wel effectief te laten zijn. En om wel goed aan te sluiten bij mensen met een lagere SES in een probleemwijk waar inkomen, schulden, werkloosheid, gebrek aan sociale contacten de boventoon voeren. Uit inmiddels honderden zo niet duizenden internationale onderzoeken weten we dat maatschappelijke problemen veel spanningen veroorzaken en vaak langdurige stress opleveren wat weer een negatieve invloed heeft op gezondheid. Als voorbeeld van het effect van de fysieke omgeving op de gezondheid is het volgende stukje van de website van het RIVM illustratief:

*Mensen met een groene woonomgeving voelen zich gezonder. Dat niet alleen: ze zijn ook gezonder, want ze bezoeken minder vaak de huisarts met gezondheidsklachten. Met name angststoornissen en depressies komen minder vaak voor in groene omgevingen. De kans op een depressie is 1,33 keer zo hoog in buurten met weinig groen als in buurten met veel groen. Maar ook gezondheidsproblemen als hoge bloeddruk, hartklachten, rug- en nekklachten, ademhalingsproblemen, darmstoornissen, migraine en duizeligheid doen zich minder vaak voor.*

Volgens het RIVM zijn de fysieke omgeving en de sociale omgeving dus enorm belangrijke aangrijpingspunten voor preventie die nu vaak verwaarloosd worden.

Beïnvloeding van omgevingsfactoren blijkt veel effectiever dan gedragsverandering.

Omdat omgevingsfactoren per buurt of per wijk enorm verschillen pleit het RIVM voor wijkgerichte preventie vanuit een maatschappelijk perspectief. Dit staat in de internationale literatuur ook wel bekend als *community-based preventie*: je richt je niet alleen op het individu maar ook op de school, het bedrijf, kortom de hele wijk. En bij deze aanpak speelt de eerstelijnsverpleegkundige een cruciale rol.

## ‘Beïnvloeding van omgevingsfactoren blijkt veel effectiever dan gedragsverandering’

Helaas is er nog wel een wereld te winnen met deze aanpak. Want zeg eens eerlijk; hoeveel jeugdverpleegkundigen maken daadwerkelijk werk van de onderdelen uit productgroep Monitoring Sociaal Milieu en Monitoring Fysiek Milieu uit het basistakenpakket? Hoeveel eerstelijnsverpleegkundigen zijn bezig met het realiseren van groenvoorzieningen in de wijk, bijvoorbeeld tegen overgewicht? Hoeveel eerstelijnsverpleegkundigen houden zich bezig met de financiële problematiek? En dan doel ik niet op het individuele niveau maar op het collectief niveau van de wijk. Zelfs projecten als de *Zichtbare Schakel* kunnen in mijn ogen nog een extra slag slaan door zich niet alleen te richten op ouderen en chronisch zieken in beginnende probleemsituaties, maar ook door de stap te zetten om dreigende probleemsituaties in de wijk aan te pakken. Het inmiddels afgesloten ZonMW-project *Preventiekracht dicht bij huis* zet die stap om omgevingsfactoren aan te pakken soms al wel.

### Meer groenvoorzieningen

Maar het is niet alleen maar kommer en kwel. In sommige wijken doet de *community-based preventie* langzaam zijn intrede. Zo heeft de Gezondheidsraad in 2010 onderzoek gedaan naar allerlei preventieactiviteiten met betrekking tot overgewicht. Onder het kopje *Wat werkt wel?* staan projecten in wijken in Zwolle en Utrecht waar meer groenvoorzieningen en speelmogelijkheden voor kinderen werden gerealiseerd. En waar kinderen weer veilig naar school konden lopen en fietsen. Het overgewicht nam zichtbaar af zonder dat er ook maar over overgewicht gesproken werd.

Ook een langdurig onderzoek naar de gezondheidseffecten van wijkgerichte preventie, *Unban40*, publiceerde

recentelijk de eerste cijfers. Zo steeg in bepaalde buurten met wijkgerichte aanpak het aantal mensen met een goede geestelijke gezondheid met 6 procent en nam het aantal mensen dat meer was gaan bewegen toe van 55 naar 71 procent.

Dat wijkgerichte preventie werkt, daar heb ik je denk ik wel van overtuigd. Maar hoe geef je nu invulling aan zo'n preventieproject als eerstelijnsverpleegkundige? In de eerste plaats moet, net als in het verpleegkundig proces, de probleemsituatie in kaart gebracht worden. Daar zijn tools voor beschikbaar zoals de tool *Wijkdiagnose*, gebaseerd op de *Windshield survey*. Deze tool is overigens van [www.vankleefinstituut.nl](http://www.vankleefinstituut.nl) te downloaden. Absoluut noodzakelijk is het om een breder maatschappelijk perspectief te hanteren in je aanpak. Leer kijken naar de wijk vanuit het perspectief van de bewoners. Veel gezondheidsproblemen zijn nauw verbonden met welzijns- en sociale problemen. Kijk dus naar waar wijkbewoners de prioriteit leggen. Een gezondheidsprobleem als overgewicht kan minder belangrijk zijn omdat de bewoners zich op straat onveilig voelen waardoor ze weinig buiten komen. Pak je dit probleem aan dan is de kans groot dat het overgewicht in de wijk ook afneemt. Ze gaan namelijk meer bewegen omdat ze weer veilig een blokje om durven en dus dagelijks meer gaan bewegen.

### Betrek de bewoners erbij

Ook is het van doorslaggevend belang om probleemsituaties in de wijk samen met de bewoners in kaart te brengen. Dus niet *community as a client* – jij bent de deskundige en jij definieert het probleem – maar *community as a partner* – jij bent samen met de bewoners de vormgever. Deze aanpak betekent ook samenwerken met andere partners dan waar je normaal gesproken mee samenwerkt. Vanuit de belevingswereld van de bewoners zijn de wijkagent, de klusjesman van de woningbouwcorporatie, de schuldhulpverlening of de leerkracht of de conciërge van de school in de wijk wellicht veel belangrijkere samenwerkingspartners. En wat dacht je van de eigenaar van de buurtsuper die de problematiek en de mensen in de wijk feilloos kent? Als duidelijk is wat er speelt in de wijk moeten er doelen geformuleerd en interventies gekozen worden. Bedenk geen grootste plannen, stel je doelen dus niet te hoog. Vaak gebeurt er al een hele hoop in een wijk en kun je aansluiten bij bestaande initiatieven. Maar welke plannen het ook worden, ook hierbij geldt: doe het samen met de bewoners en met kleine stapjes.

Wijkgerichte preventie is namelijk een kwestie van lange adem. Je kunt niet alles in een keer aanpakken, daarvoor zijn de problemen vaak veel te complex. Koester je succesjes, ook al zijn ze nog zo klein. De doelgroep heeft

Huub Sibbing  
is socioloog en  
hbo-v-docent  
aan de Haagse  
Hogeschool.

vaak te maken gehad met tegenslagen en is regelmatig teleurgesteld geweest in professionals die na een project de wijk weer verlieten en de bewoners in hun niet zo florissante situatie achterlieten. Elke stap vooruit is er dus een. Zo hadden de deelnemers aan de eerste *Opzomeractie* in de Opzomerstraat in Rotterdam om hun straat weer leefbaar te maken, een gedeelte van hun budget gereserveerd voor een buurtbarbecue. Ze waren nog lang niet klaar, maar de eerste successen moesten gevierd worden.

Het advies *Regie aan de poort* van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg uit 2012 pleit voor de vorming van sociale wijkteams, maar wijst er ook op dat de zorg in Nederland nog te verkokerd is. Lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg zijn gescheiden circuits, evenals preventie en zorg, welzijn en zorg. Daar moeten sociale wijkteams dus verandering in brengen, wijkteams waar wijk-, jeugdverpleegkundigen, huisartsen en welzijnswerkers samen de gezondheid van alle bewoners van de wijk - van jong tot oud - onder hun hoede nemen. Waarin zowel wijkgerichte preventie als zorg gecombineerd worden en gezondheid en sociale problematiek integraal worden aangepakt.

### Stap op je wethouder af

Met name voor eerstelijnsverpleegkundigen ligt hier een enorme uitdaging. Pak die met beide handen aan en laat van je horen! Stap op je gemeenteambtenaar of de wethouder af en kom met goed onderbouwde initiatieven om ongezondheid te voorkomen door wijkgerichte preventie. Overtuig hem of haar ervan dat onnodige zorg terug gedrongen kan worden en er dus bezuinigd kan worden. Maar wel op zo'n manier dat de mensen in de wijk er beter van worden. Juist nu gemeenten de lasten gaan dragen voor hun onderdelen van de langdurige zorg en jeugdzorg, blijkt uit de tweede evaluatie van de WMO van 2013 dat heel wat gemeenten soms letterlijk met hun handen in het haar zitten. Wees jij dus zo slim om het ijzer te smeden als het heet is en ga het inhoudelijke gesprek aan met je wethouder. Rest mij alleen nog te zeggen: succes en ga er voor! ☺



*Mocht je meer praktische voorbeelden en informatie willen, dan is er een heel mooi overzicht van wijkgerichte preventieprojecten te vinden in het Ebook *Gezonde Wijk in Praktijk* uit 2012. Dit is te vinden op de website van het ministerie van VWS.*