

Gezondheidsdialoog in de wijk

De afgelopen jaren hebben professionals en bewoners in de Haagse wijken Schilderswijk en Rivierenbuurt vormgegeven aan het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk'. Aanleiding is de ervaring van huisartsen dat leefstijladviezen en -programma's nauwelijks aanslaan bij veel van hun patiënten, vooral bij mensen met een lage opleiding en mensen met een niet-westerse achtergrond. Daarom wordt besloten een dialoog te organiseren tussen hulpverleners en wijkbewoners om te komen tot een gezamenlijk gedragen beeld van de belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk en om te verkennen wie welke rol op zich zou moeten nemen om deze problemen succesvol aan te pakken. In 2012 berichtte het Epidemiologisch Bulletin al over de eerste resultaten van dit project.¹ Dit artikel beschrijft hoe het project zich sindsdien ontwikkelde.

Paul Uitewaal, Vera Atema en Barend Middelkoop

Aanleiding

De aanleiding voor het project was destijds, kort samengevat, het feit dat zorgverleners geen fiducia meer hebben in de gebruikelijke leefstijlprogramma's die of te weinig mensen bereiken of niet structureel kunnen worden ingebed. Daarom zijn nieuwe programma's nodig vanuit de behoefte en de mogelijkheden van de doelgroep zelf. De gedachte hierbij is om de doelgroep niet alleen te betrekken bij de ontwikkeling van de leefstijlprogramma's, maar ook medeverantwoordelijk te maken voor de uitvoering hiervan. Dit leidt tot het initiatief om hulpverleners en wijkbewoners met elkaar in gesprek te brengen. Dit initiatief is verder uitgewerkt onder de titel 'Gezondheidsdialoog in de wijk'.

In 2013 krijgt dit project een forse impuls dankzij een subsidie van ZonMw, het belangrijkste Nederlandse fonds voor onderzoek en projecten in de zorg. De Gezondheidsdialoog wordt gedragen door een Stuurgroep met als participanten: de afdelingen Gezondheidsbevordering en Epidemiologie van GGD Den Haag respectievelijk GGD Haaglanden, welzijnsorganisatie Zebra, Regionale Ondersteuningsstructuur Lijn1, gezondheidscentrum De Rubenshoek (Schilderswijk) en gezondheidscentrum De Doc (Rivierenbuurt).

Een uitgebreide beschrijving van de aanleiding voor het project staat in het Epidemiologisch Bulletin van juni 2012.¹

Stroomversnelling vanaf 2013

Dankzij de subsidie van ZonMw wordt van 1 mei 2013 tot 1 november 2014 bij het LUMC een actieonderzoeker aangesteld met als opdracht om aan beide doelstellingen van de Gezondheidsdialoog vorm te geven:

1. In kaart brengen wat volgens enerzijds hulpverleners en anderzijds wijkbewoners de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn in de Schilderswijk en de Rivierenbuurt, en hieruit zo mogelijk een gezamenlijk gedragen beeld afleiden van de belangrijkste gezondheidsproblemen.
2. Nagaan wie welke rol op zich kunnen en willen nemen als het gaat om het aanpakken van deze gezondheidsproblemen.

Al vrij snel wordt duidelijk dat de beantwoording van de eerste vraag meer tijd zal kosten dan is begroot. In overleg met ZonMw wordt daarom besloten om de Gezondheidsdialoog gedurende de subsidieperiode te beperken tot de eerste doelstelling: het krijgen van een gezamenlijk beeld van de als belangrijkste ervaren gezondheidsproblemen.



In het actieonderzoek wordt gebruikgemaakt van de zogeheten ‘Intervention Mapping’ benadering. Deze benadering biedt een zeer systematische aanpak met een logische opeenvolging van fasen van een actie-onderzoek. De eerste fase (de ‘Needs Assessment’) kent een model om tot een volledige inventarisatie te komen van relevante determinanten, gedrags- en omgevingsfactoren, ervaren gezondheidsproblemen en opvattingen over kwaliteit van leven.^{2,3} Er is onderscheid in een inventarisatiefase en een ‘samenspraakfase’. Tijdens de inventarisatiefase worden, apart met wijkbewoners en met hulpverleners, meerdere focusgroepgesprekken gevoerd om inzicht te krijgen in de ervaren gezondheidsproblemen, kwesties die speciale aandacht behoeven en specifieke verbeter- en veranderpunten. Tevens wordt besproken hoe een aansluitende actiefase eruit zou kunnen zien. Veelal blijkt één gesprek onvoldoende en besluit de focusgroep tot een tweede gesprek. Als extra verificatie van de bij de focusgroepen verkregen informatie, en om de Gezondheidsdialoog bredere bekendheid te geven, worden mondeling korte vragenlijsten afgenomen bij 160 wijkbewoners (zie kader). Alle verkregen informatie wordt geanalyseerd en dient als input voor de zogeheten ‘spiegelgesprekken’ tussen de deelnemende wijkbewoners en hulpverleners (de ‘samenspraakfase’). Tijdens deze spiegelgesprekken staan de overeenkomsten, het gezamenlijk draagvlak en het toewerken naar de actiefase centraal.

Vragenlijst

Vragen, gesteld aan zowel de deelnemers aan de focusgroepgesprekken als aan 160 willekeurige wijkbewoners:

1. Welke gezondheidsproblemen worden er volgens u ervaren bij de (vul in etniciteit) wijkbewoners in de (Schilderswijk / Rivierenbuurt)?
2. Welke van deze gezondheidsproblemen zouden de (vul in etniciteit) bewoners in de (Schilderswijk / Rivierenbuurt) volgens u het liefste willen aanpakken/aangepakt willen zien worden?
3. Wat zou iemand zelf kunnen veranderen/verbeteren om (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
4. Wat zou er in de omgeving moeten veranderen/verbeteren om (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
5. Wat zou er in de hulpverlening moeten veranderen/verbeteren om (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
6. Heeft u nog andere aandachtspunten of opmerkingen?

Doel is om zowel in de inventarisatiefase als in de samenspraakfase vooral de, zoals wordt genoemd, ‘modale’ wijkbewoners aan het woord te laten komen die (nog) niet door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk vertrouwd zijn met de ideeën en wensen van professionele hulpverleners. De inbreng van actieve wijkbewoners in de focusgroep- en spiegelgesprekken zou indirect een reflectie kunnen zijn van opvattingen van de professionals. In werkelijkheid is natuurlijk niemand een ‘modale’ wijkbewoner en zoekt men voor de focusgroepgesprekken vooral een grote variëteit aan deelnemers. Daartoe worden via opbouwwerkers, op schoolpleinen en in buurthuizen contacten gelegd met buurtbewoners. Ook wordt aangesloten bij groepen wijkbewoners die op regelmatige basis elkaar zien met een ander doel dan het verbeteren van de gezondheid van de groep (de voorbeelden varieerden van sportactiviteiten tot breien).

Schilderswijk en Rivierenbuurt: overeenkomsten en verschillen

De bevolkingssamenstellingen van de Schilderswijk en de Rivierenbuurt vertonen zowel overeenkomsten als duidelijke verschillen. In de Schilderswijk heeft de overgrote meerderheid een lage sociaaleconomische positie en een niet-westerse achtergrond (onder meer 28% Turks en 23% Marokkaans). De Rivierenbuurt is meer gemêleerd: er zijn al lang in de wijk wonende mensen met een uiteenlopende niet-westerse achtergrond en vaak een lage sociaaleconomische positie en er zijn mensen die betrekkelijk recent in de Rivierenbuurt zijn komen wonen, met veelal een autochtone achtergrond en een hogere sociaaleconomische positie.

Deze demografische verschillen tussen de Schilderswijk en de Rivierenbuurt dwingen tot het maken van keuzen in de benadering. In de Schilderswijk wordt ervoor gekozen in eerste instantie te focussen op de grootste, Turkse bevolkingsgroep. De grote variatie binnen de Rivierenbuurt leidt tot de keuze om te werken met etnisch gemengde groepen. Voordeel hiervan was dat kon worden nagegaan in hoeverre dit tot problemen zou leiden; bijvoorbeeld doordat de onderscheiden bevolkingsgroepen zodanig verschillende opvattingen zouden hebben dat er geen gemeenschappelijke deler uit zou kunnen worden gehaald. Tijdens de projectperiode blijkt dat het moeilijk is om voldoende deelnemers te werven voor de focusgroepgesprekken. Ook gedurende de zomermaanden, de kerstperiode en de ramadan is de belangstelling gering. Er ontstaat tijdgebrek waardoor het beoogde spiegelgesprek in de Rivierenbuurt niet kan plaatsvinden.

In de Schilderswijk wordt dit spiegelgesprek wel tijdig gerealiseerd, hoewel ook daar sprake is van tijdgebrek. Het kader 'aantallen deelnemers' toont de uiteindelijke aantal deelnemers.

Aantallen deelnemers aan focus-groepgesprekken, samenspraak en mondelinge interviews in Rivierenbuurt en Schilderswijk

Deelnemers Schilderswijk

Bewoners. In de Schilderswijk deden 66 bewoners mee (gemiddelde leeftijd circa 45 jaar), verdeeld over zeven focusgroepen. Er waren twee mannen-groepen (waarvan één bestaande groep) met samen 23 mannen, en vijf vrouwengroepen (waarvan twee bestaande groepen) met samen 43 vrouwen; allen met een Turkse achtergrond. Aan de vervolggroepnamen namen in totaal 22 vrouwen en vijf mannen deel.

Hulpverleners. In totaal 18 hulpverleners verdeeld over drie groepen deden mee aan de focusgroep gesprekken. Er was één vervolggroep (tien hulpverleners).

Samenspraak. In de Schilderswijk namen 20 bewoners deel aan het spiegelgesprek (16 vrouwen en vier mannen) en tien hulpverleners.

Interviews. Naast de focusgroep gesprekken werd in de Schilderswijk bij 120 wijkbewoners met uiteenlopende etnische achtergrond een kort interview afgenomen.

Deelnemers Rivierenbuurt

Bewoners. In de Rivierenbuurt deden 21 bewoners mee (drie mannen en 18 vrouwen; gemiddelde leeftijd 47,5 jaar) met een uiteenlopende etnische achtergrond, verdeeld over drie focusgroepen. Hiervan hield één groep (vier bewoners) een tweede focusgroep gesprek.

Hulpverleners. In totaal 19 hulpverleners verdeeld over drie groepen deden mee. Hiervan hielden twee groepen (11 hulpverleners) een tweede gesprek.

Interviews. Naast de focusgroep gesprekken werd bij 40 wijkbewoners een kort interview afgenomen.

De top drie van gezondheidsproblemen

Behoudens enige verschillen tussen de Rivierenbuurt en de Schilderswijk komen de wijkbewoners uit beide wijken met dezelfde top drie van de door hen als belangrijkste ervaren gezondheidsproblemen: stress, voeding en beweging. Deze valt bovendien samen met de top drie van de hulpverleners. Verschil is wel dat stress er bij de bewoners torenhoog bovenuit steekt. Stress wordt niet alleen genoemd als het majeure gezondheidsprobleem, maar men benadrukt dat men door allerlei stress veroorzakende factoren geen prioriteit geeft aan andere leefstijlissues zoals gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging of daardoor zelfs helemaal niet in staat is tot een gezondere leefstijl. Stress moet in dit verband worden gezien als een containerbegrip waarachter een veelheid van problemen schuilgaat. Grofweg is onderscheid te maken in 'financiële stress' en 'psychosociale stress'. De noemer 'financiële stress' behelst onderwerpen als schulden, inkomensdaling door werkloosheid, de 'armoedeval' voor mensen net boven het bestaansminimum die bepaalde rechten op toeslagen en dergelijke kwijtraken, het eigen risico in de ziektekostenverzekering dat ertoe leidt dat mensen niet de vereiste zorg ontvangen, procedure-problemen rond uitkeringen, schuldsanering etc. Ook onder de noemer 'psychosociale stress' wordt een heel scala aan problemen genoemd. Het probleem om kinderen op een verantwoorde manier op te voeden in een samenleving die hen het gevoel geeft niet mee te tellen, opvoeden in een bi-culturele situatie met soms haaks op elkaar staande normen en gevoelens van discriminatie. In geval van werkloosheid noemt men gevoelens van falen, maar ook vaak het besef weinig kansen te hebben op de arbeidsmarkt. Ook worden zaken genoemd als gevoelens van onveiligheid in de eigen woonbuurt, lage sociale cohesie, eenzaamheid, onder andere voor vrouwen die niet buiten durven te komen en onvoldoende groen.

Als gezondheidsproblemen buiten de top drie noemen bewoners in beide wijken vaak 'longproblemen'.

In de Schilderswijk worden ook diabetes, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, kanker, alcoholisme, hyperventilatie, zware griep, migraine en prostaat-problemen gemeld.

Professionals noemen naast de top drie gezondheidsproblemen ook andere gezondheid gerelateerde zaken. In de Rivierenbuurt zijn dit het grote verloop in de buurt (studenten, MOE-landers), lucht-verontreiniging leidend tot slecht ventilatiegedrag,



weinig groenvoorzieningen en sportmogelijkheden, onveiligheid op straat door hangjongeren, onveilige verkeerssituaties alsmede de situatie rond de prostitutiestraten; overlast door bedrijven en door uitgaanspubliek.

De professionals in de Schilderswijk geven naast de top drie ook punten aan als ijzer- en vitamine D-tekort, verhoogd cholesterol, vermoeidheid en ontwikkelingsachterstanden bij kinderen. Voorts noemen zij ook hier het ontbreken van voldoende groen en sportmogelijkheden, een niet-optimale woonomgeving met te kleine huizen en overlast door hangjongeren. Ook wijzen de professionals op de soms nadelige invloed van cultuur, zoals familie-verplichtingen, bijvoorbeeld het uit beleefdheid niet kunnen weigeren van aangeboden voedsel bij familie-bezoek. Sommigen wijzen – vooral voor de mannen – op het bestaan van taboes en de schaamte om hulp te zoeken, zeker buiten de eigen gemeenschap. Wat betreft een eigen rol voor bewoners in de eventuele actiefase van het project zien zowel bewoners als hulpverleners in de Schilderswijk weinig kans van slagen als er geen middelen zijn voor enigerlei vorm van professionele ondersteuning, zoals vanuit het opbouwwerk.

Gezien de grote mate van overeenstemming in de inbreng van bewonerszijde en van de professionals is het logisch dat uit het spiegelgesprek in de Schilderswijk dezelfde top drie naar voren komt: stress, voeding en beweging. Daarnaast is het spiegelgesprek verrijkt met persoonlijke verhalen van mensen die zich wisten te onttrekken aan een negatieve spiraal van stress, neerslachtigheid, apathie, veel eten en weinig bewegen, overgewicht, afnemende gevoelens van eigenwaarde en mede daardoor nog meer stress. (Zie kader met twee voorbeelden van mensen die, mede dankzij een adequate inzet van hulpverleners, zich uit een ogenschijnlijk uitzichtloze situatie wisten te bevrijden).

Aan de slag met actieve mannen: de actiefase

Het was de bedoeling om de door ZonMw gesubsidiëerde fase van de Gezondheidsdialoog af te sluiten met een actiefase waarbij bewoners en hulpverleners in onderlinge afstemming zouden werken aan de aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen. De Stuurgroep komt onder andere tot de conclusie dat er 'in de actiefase een andere aanpak moet komen voor de mannen dan voor de vrouwen'. De vrouwen blijken namelijk voor een deel al actief, terwijl de

Zij wisten zich te onttrekken aan een negatieve spiraal

Een vrouw heeft leren fietsen: "Het probleem is dat buitenlanders niet zo gemakkelijk met een probleem naar voren komen. Als ik naar de psychiater moet dan denk ik 'ik ben toch niet gek'. Ik ben naar R. (maatschappelijk werk) gegaan. Eerst wilde ik niet, maar voor mij bleek het goed te zijn. Ik kon alles in eigen taal uitleggen." Deze vrouw vertelde in een spiegelgesprek hoe ze, na haar bezoek aan de maatschappelijk werker, heeft leren fietsen, waardoor ze zich nu vrijer kan bewegen en een wereld voor haar is opengegaan.

Een man beweegt andere mannen tot bewegen: "Ik zat, als een van de slachtoffers van een massaontslag en gezien mijn leeftijd kansloos op de arbeidsmarkt, in een uitzichtloze situatie. Financieel betekende het ontslag een aderlating. Maar mijn huisarts nam de tijd voor mij en verwees mij naar een psycholoog. Daar leerde ik om anders met mijn situatie om te gaan. Mijn boosheid was begrijpelijk en in zekere zin terecht, maar ik was zelf het grootste slachtoffer van die boosheid. Toen ik me dat was gaan realiseren, kon ik als het ware een knop omzetten en gaan denken over wat het leven mij wél te bieden heeft." Deze man heeft vervolgens groepen opgestart waar mannen 's avonds gratis aan een beweegprogramma kunnen deelnemen.

mannen hierin in sterke mate worden belemmerd door de designaleerde taboes.

Ook ligt de situatie in de Rivierenbuurt anders dan in de Schilderswijk. Vooral door de sterke segmentatie van de populatie van de Rivierenbuurt is het niet erg duidelijk hoe de Gezondheidsdialoog hier het beste kan worden voortgezet. Bovendien is er inmiddels een duidelijke samenwerking tot stand gekomen tussen gezondheidscentrum De Doc en de in de wijk gevestigde basisschool. Deze samenwerking lijkt veel kansen te bieden om op een eigen wijze door te gaan met hetzelfde gedachtengoed dat ten grondslag ligt aan de Gezondheidsdialoog: het betrekken van wijkbewoners en het minder uitgaan van de verantwoordelijkheid van de hulpverleners.

In de Schilderswijk wordt getracht om tot activiteiten te komen primair voor-en-door de bewoners. In eerste instantie wordt dit geprobeerd met de deelnemers aan de focusgroep en spiegelgesprekken. Echter, na deze bijeenkomsten geeft niemand zich op voor het ontwikkelen van dergelijke activiteiten en daarmee

voor een rol als verantwoordelijke voor het proces aan de bewonerskant. Voor de actiefase van de Gezondheidsdialoog is dit op zich geen probleem; de focus op de 'modale' wijkbewoner was vooral van belang om in de verkennende fase een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen van wat er leeft onder de wijkbewoners. In de actiefase zou sterker kunnen en mogen worden geleund op eigen organisaties van wijkbewoners.

In de multi-etnische aanpak in de Rivierenbuurt kwam zoals gezegd dezelfde top drie naar voren als in de Schilderswijk. Bovendien worden de bevindingen van de focusgroepgesprekken in beide wijken bevestigd in het vragenlijstonderzoek, dat is uitgevoerd onder een multi-etnisch samengestelde steekproef. Op basis hiervan neemt de Stuurgroep van de Gezondheidsdialoog aan dat andere niet-westerse bevolkingsgroepen in de Schilderswijk tot dezelfde top drie zouden komen. Dit is reden om het project niet langer uitsluitend te beperken tot bewoners met een Turkse achtergrond. Verschillende eigen organisaties van uiteenlopende etnische signatuur krijgen de vraag om mee te werken aan een bijeenkomst voor geïnteresseerde mannen in de Schilderswijk op een zondag in september 2016 in buurthuis De Octopus. De uitnodiging voor deze bijeenkomst is ondertekend door de in de Stuurgroep participerende organisaties en door de bewonersorganisatie van de Schilderswijk De Paraplu, de Marokkaanse vereniging Ittihaad en de Hindostaanse stichting Amman. De bijeenkomst wordt redelijk goed bezocht, maar levert weinig ideeën op voor een succesvolle, (mede) door bewoners gedragen aanpak voor de voorgenomen actiefase van de Gezondheidsdialoog. Eén van de ideeën verdient evenwel vermelding: het maken van een film voor en door bewoners, waarin het thema 'stress' centraal staat in al zijn facetten en waarin blijkt hoe door een positieve omgang met de uitdagingen die men ondervindt, te voorkomen is dat men nog meer slachtoffer wordt van de situatie en in een negatieve spiraal blijft steken. Positieve rolmodellen kunnen dan laten zien dat soms 'het omzetten van een knop in het eigen hoofd' kan leiden tot grote verbeteringen in de eigen situatie. Vertoning van de film in buurthuizen, moskeeën etc. zou uitgangspunt kunnen zijn voor discussies tussen de aanwezige mannen. Ook bij deze bijeenkomst geeft echter geen van de aanwezige bewoners zich op voor een rol als medeverantwoordelijke voor de actiefase.

In het najaar van 2016 en het voorjaar van 2017 volgen nog enkele bijeenkomsten met een klein aantal actieve mannen, waaronder actieve buurtvaders uit

de Schilderswijk. Zij zijn bereid om zich als vrijwilliger in te zetten voor hun buurt en zij discussiëren actief mee, onder andere over een nadere invulling van de voorgestelde film. Tegelijkertijd blijkt dat zij voor het tot stand komen van de film toch vooral kijken naar de aanwezige professionals van GGD, Zebra en Lijn1.

Het stimuleren van een gezondere leefstijl kan niet zonder aandacht te schenken aan de ervaren stress.

Beschouwing

De Gezondheidsdialoog heeft allereerst geleerd dat er tussen bewoners en professionals in de Schilderswijk en in de Rivierenbuurt overeenstemming is wat betreft de belangrijkste gezondheidsproblemen: stress, voeding en bewegen. Stress neemt in dit rijtje een bijzondere plaats in. Om te beginnen heeft stress een directe invloed op de gezondheid, vooral doordat stress het lichaam aanzet tot het aanmaken van extra bijnierschors hormonen. Dit geeft onder meer een verhoogde kans op ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten. Bovendien is inmiddels aangetoond dat blootstelling aan stress nadelig is voor het vermogen om verstandige beslissingen te nemen.⁴ In geval van financiële stress kan dit de situatie nog verergeren. Daarnaast wordt het naleven van een gezondere leefstijl ernstig belemmerd door allerlei stress veroorzakende problemen. Ongezonde leefstijl zoals veel eten (emotie of troosten) en roken kan ook dienen als manier om met stress om te gaan. Het lijkt kortom terecht dat bewoners stress beschouwen als het belangrijkste gezondheidsprobleem.^{5,6} Het stimuleren van een gezondere leefstijl kan dan ook niet zonder aandacht te schenken aan de ervaren stress. Het bieden van oplossingen en een andere zienswijze om met stress om te gaan vormen dan een eerste stap om uiteindelijk ook meer in het algemeen te komen tot een gezondere leefstijl. Deze les uit de Gezondheidsdialoog moeten zowel wijkbewoners als hulpverleners zich ter harte nemen. Uit de verhalen van bewoners (zie twee kaders voor voorbeelden op pagina 21) tijdens de bijeenkomsten blijkt bijvoorbeeld hoe een huisarts een 'life changing' rol kan vervullen door een keer extra tijd voor een consult te nemen. Zo kon hij de patiënt motiveren tot een verwijzing naar een psycholoog, om bijvoorbeeld te leren op een andere manier om te gaan met tegenslag, vooral wanneer dit niet beïnvloedbaar is en leidt tot gevoelens van machteloosheid en boosheid.



Een tweede belangrijk leerpunt uit de Gezondheidsdialoog is dat het langs de voor dit project gekozen weg niet lukte om het initiatief en de verantwoordelijkheid voor gezondheid stimulerende activiteiten geheel over te laten aan de bewoners uit de achterstandswijken zelf. Zowel bewoners als professionals voelden zich erg betrokken bij het streven van de Gezondheidsdialoog; dat is af te leiden uit de vaak goed bezochte openbare bijeenkomsten en uit bijvoorbeeld de grote en zeer levendige deelname aan het spiegelgesprek in de Schilderswijk. Bewoners bleken goed in staat te benoemen met welke problemen en barrières de specifieke groep, waartoe zij ook zichzelf rekenden, werd geconfronteerd. Het vervolgens in min of meer frequent bijeenkomende werkgroepjes bedenken van zinvolle projecten die bij hun achterban ook zouden kunnen aanslaan, was echter al veel lastiger. Het verder uitwerken van deze ideeën in concrete acties en het zelfstandig ondernemen van deze acties (initiatief naar zich toetrekken) vond niet plaats. Het idee voor een filmproject kwam nog het dichtst bij een actie met een potentieel groot bereik van de achterban. Ook meerdere sleutelfiguren uit de gemeenschap waren overtuigd van het belang van deze insteek. Toch bleek de bereidheid om actief deel te nemen zeer beperkt en kwam dit vooral neer op enkele mannen die al op andere manieren zeer actief in hun wijk zijn en dit project geen echte prioriteit bleken te kunnen geven.

Gezondheid is voor bewoners een belangrijk aansprekend onderwerp waarover men graag met elkaar en met professionals in discussie gaat.

Gezamenlijk verder

Bewoners van achterstandswijken worden geconfronteerd met grote en voor hen vaak onoplosbare problemen. Deze problemen veroorzaken stress, die ervaren wordt als belangrijkste gezondheidsprobleem. Bewoners zitten vaak gevangen in een cultuur van niet praten over hun problemen, niet uit de pas willen lopen en het nakomen van verplichtingen die hun cultuurgebonden rol voorschrijft.

Professionele hulpverleners aan de andere kant zien de gevolgen van ongezond gedrag en ervaren de moeite en soms onmogelijkheid mensen te bewegen tot een gezondere leefstijl. De afhankelijke en vaak passieve

houding van veel bewoners staat ver af van het idee van de 'participatiesamenleving' waarin 'de mensen zelf', óók in achterstandswijken, geacht worden het initiatief te nemen. De Gezondheidsdialoog was een zoektocht naar de meest effectieve manier om bewoners in een achterstandswijk te stimuleren ('empoweren') een gezondere leefstijl na te streven. De Gezondheidsdialoog geeft geen definitief antwoord, maar wel een richting. Gezondheid is voor bewoners een belangrijk aansprekend onderwerp waar men graag met elkaar en met professionals over in discussie gaat. De hoop dat deze discussies zouden leiden tot het ontwikkelen en uitvoeren van gezamenlijke initiatieven, vereist echter het nodige geduldige handwerk en zal waarschijnlijk alleen werkelijkheid worden wanneer professionals de regie houden. Hoewel de in dit project nagestreefde 'door-en-voor' methode voor bewoners uit achterstandswijken niet als geslaagd kan worden beoordeeld, zullen nieuwe initiatieven alleen succesvol kunnen zijn wanneer ze in nauw overleg met de bewoners ontwikkeld worden. Er lijkt op zich voldoende belangstelling van bewoners te zijn hier ook daadwerkelijk aan mee te willen werken.

Op het moment van schrijven van dit artikel wordt gezocht naar wegen om door te gaan met de ideeën die ten grondslag lagen aan het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk'. Hierbij zullen de geleerde lessen in praktijk worden gebracht:

- Aansluiten bij de opvattingen van zowel wijkbewoners als hulpverleners over wat de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn. Stressmanagement is dan een belangrijk issue.
- Doorgaan met het voeren van dialoog tussen wijkbewoners en hulpverleners
- Nagaan van mogelijkheden voor professionele ondersteuning van zowel wijkbewoners als hulpverleners in dit proces.
- Nagaan hoe initiatieven ontplooid kunnen worden om de kansen op gezondheid voor de wijkbewoners te vergroten, samen met alle relevante stakeholders (naast wijkbewoners en hulpverleners kan men denken aan beleidsmakers en aan mogelijke financiers).

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS:

Dhr. dr. P.J.M. Uitewaal is epidemioloog bij GGD Haaglanden en huisarts in gezondheidscentrum De Rubenshoek, Mw. V. Atema MSc was onderzoeker vanuit het LUMC bij het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk', Dhr. dr. B.J.C. Middelkoop is hoogleraar Public health bij het LUMC en epidemioloog bij GGD Haaglanden.
E-mail: paul.uitewaal@ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIES

- 1 Uitewaal P. **Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie.** Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag 2012;47 (nr. 2):2-10.
- 2 Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernández ME. **Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach.** San Francisco: Uitgeverij John Wiley & Sons, 2011.
- 3 Abma TA, Broerse JE. **Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk.** Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2007.
- 4 Mullainathan S, Shafir E. Schaarste. **Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen.** Maven Publishing, 2013.
- 5 Kaplan S, Madden VP, Mijanovich T, Purcaro E. **The perception of stress and its impact on health in poor communities.** J Community Health. 2013 Feb;38(1):142-9.
- 6 Jackson JS, Knight KM, Rafferty JA. **Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course.** Am J Public Health 2010;100(5):933-9.

