

Gezondheid in de grote steden

Gezondheid in de grote steden

Achterstanden en kansen

F. van der Lucht, H. Verkleij



Bohn
Stafleu
Van Loghum

rivm

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270555003
ISBN 90-313-3757-9
NUGI 741

VOORWOORD

Er bestaan in Nederland grote verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen. Het Ministerie van VWS zet zich in om deze verschillen te verkleinen. De gezondheidsachterstanden concentreren zich in bepaalde wijken van de grote steden en het ligt dus voor de hand juist daar een extra accent op die inzet te leggen. Gezond gedrag, een gezonde leefomgeving en een goede zorg zijn alle drie belangrijk. Deze te verbeteren is niet alleen een taak van de landelijke overheid. Steeds duidelijker wordt dat dit een samenspel vraagt van de burger zelf, van de landelijke en lokale overheid, en van vele andere partijen en organisaties.

Gezondheidsverschillen zijn sterk verweven met andere sociaal-economische achterstanden in de grote steden. Een verbinding tussen het gezondheidsbeleid en het grote-stedenbeleid lijkt daarom een natuurlijke alliantie. Het grote-stedenbeleid heeft immers tot doel de achterstanden die in de jaren zeventig en tachtig op vele gebieden in de grote steden zijn ontstaan weg te werken, en de vele kansen die daar aanwezig zijn te benutten.

Het Ministerie van VWS wil gezondheid daarom als een expliciet doel inbrengen in de volgende convenantsperiode van het grote-stedenbeleid. In het begin van dit jaar is daar ook een begin mee gemaakt toen de Ministeries van VWS en BZK samen met GGD-Nederland en de VNG het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg afsloten.

In dit rapport zijn de meest recente resultaten van onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bewoners van achterstandswijken in de grote steden gebundeld. Het bevat een analyse van het beleid van de afgelopen jaren, werpt een blik op de toekomst, en formuleert aanknopingspunten voor beleid.

Het onderzoek is begeleid door een ambtelijke beleidsadviesgroep die bestond uit vertegenwoordigers van de Ministeries van VWS en BZK. De functie van deze beleidsadviesgroep was om vroegtijdig na te denken over de beleidsconsequenties van dit onderzoek. Binnenkort zal het kabinet dan ook een standpunt kunnen bepalen over dit rapport. Dat standpunt zal ook ingaan op het advies dat de commissie Albeda dit jaar heeft uitgebracht over de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Dat advies is immers nauw met het onderwerp van dit rapport verbonden.

Wij vertrouwen er op dat dit rapport zijn weg zal vinden naar de vele mensen in Nederland die werken aan het verbeteren van de gezondheid en de leefsituatie van de bevolking in achterstandswijken in de grote steden.

Mr. R. Bekker, Secretaris-Generaal
Ministerie van VWS

Drs. J.W. Holtslag, Secretaris-Generaal
Ministerie van BZK

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

KERNBOODSCHAP 9

- 1 WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER? 11
 - 1.1 Vraagstelling 11
 - 1.2 Afbakening 12
 - 1.3 Aanpak 16

- 2 HOE GEZOND ZIJN DE GROTE STEDEN? 17
(kernboodschap)
 - 2.1 Introductie 18
 - 2.2 Sociaal-demografische en statusontwikkeling van stadswijken 1971-1998 19
 - 2.3 De GGD'en van de G4 over de gezondheidsproblemen in de grote steden (een illustratie) 24
 - 2.4 Verschillen in gezondheid tussen stedelijk en niet-stedelijk gebied 29
 - 2.5 Psychiatrische stoornissen in de grote steden 32
 - 2.6 Sterfte in de grote steden 34
 - 2.7 Buurtverschillen in sterfte: inkomen en stedelijkheid 38
 - 2.8 Buurtverschillen in gezondheid en rookgedrag nader beschouwd 42
 - 2.9 Gezonde achterstandswijken? 45
 - 2.10 Aangrijpingspunten voor beleid 49

- 3 WAT DOEN WE AAN DE PROBLEMEN IN DE GROTE STEDEN? 53
(kernboodschap)
 - 3.1 Introductie 54
 - 3.2 Landelijk beleid 56
 - 3.3 Lokaal beleid 64
 - 3.4 Samenhang tussen landelijk en lokaal beleid 75
 - 3.5 Interventieprojecten 77
 - 3.6 Conclusie 84

4. WAT BRENGT DE TOEKOMST? 85
(kernboodschap)
 - 4.1 Introductie 85
 - 4.2 Maatschappelijke ontwikkelingen 86
 - 4.3 De toekomst van sociaal-economische verschillen in de steden 92
 - 4.4 De toekomstige gezondheidstoestand 93
 - 4.5 Conclusie 95

- 5. HOE KAN HET BETER? 97
 - 5.1 Leefomstandigheden, gezond gedrag en zorg 97
 - 5.2 Coördinatie van beleid en samenwerking 99
 - 5.3 Kennis en onderzoek

LITERATUUR 103

BIJLAGEN 109

- 1 Samenstelling beleidsadviesgroep ‘Gezondheid in de grote steden’ 109
- 2 Lijst van auteurs 110
- 3 Geraadpleegde referenten 111
- 4 Begrippenlijst 112
- 5 Afkortingen 114
- 6 Bevolkingsomvang van de grote steden in 2000 en 2010 115
- 7 Het bepalen van achterstandswijken 116
- 8 Sterfte naar etnische groep in vier grote steden (1995-1999) 117
- 9 Voorbeelden van lokaal gezondheidsfacetbeleid 118
- 10 Analyse van beschikbare volksgezondheidsnota’s in de grote steden 122
- 11 Voorbeelden van wijkgerichte initiatieven om de gezondheid te verbeteren 123

REGISTER 131

KERNBOODSCHAP

De gezondheid van de bewoners van de grote steden is gemiddeld minder goed dan in de rest van Nederland. Dit is het gevolg van het achterblijven van de gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken in die grote steden. Er is een brede inspanning nodig om de gezondheidstoestand van deze groep te verbeteren. De volksgezondheidssector kan dat niet alleen, omdat veel mogelijkheden binnen de invloedssfeer van andere beleidssectoren liggen. Vooral het grote-stedenbeleid kan bijdragen aan de verbetering van de volksgezondheid in de grote steden.

Bewoners van de grote steden ervaren hun gezondheid als minder goed, ze rapporteren meer psychiatrische stoornissen en gaan over het algemeen eerder dood. Zo ligt de sterfte in de grote steden ruim 11% hoger dan elders. Dit verschil is vooral het gevolg van de opstapeling van gezondheidsproblemen in de achterstandswijken. Zo is de kans om voor het 65^e jaar te overlijden in een achterstandswijk 50% groter dan in een welgestelde wijk. Dit komt doordat in deze wijken relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status en veel allochtonen wonen. Beide groepen hebben een minder goede gezondheidstoestand. Daarbovenop lijkt het wonen in een achterstandswijk van een grote stad een extra risico voor de gezondheid van de bewoners. Hiermee is de wijk niet alleen vindplaats van gezondheidsachterstanden, maar ook oorzaak.

In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door een betere huisvesting, scholing, werkomstandigheden en sociale zekerheid. Ook nu nog liggen veel mogelijkheden voor gezondheidswinst buiten het bereik van de volksgezondheidssector. Bij de aanpak van de gezondheidsproblemen in de steden moet dus worden samengewerkt met andere beleidssectoren. Het onlangs ondertekende Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg bevat afspraken om die samenwerking gestalte te geven.

Vooral het grotestedenbeleid biedt bij de aanpak van de geschetste problematiek veel kansen. In dit beleid staat immers de integrale oplossing centraal van complexe achterstandsproblemen in de grote steden. Er zijn verschillende sectoren die samenwerken in het grotestedenbeleid en relevant zijn voor de volksgezondheid, onder andere OCenW, SZW en VROM. Op dit moment is het verbeteren van gezondheid echter nog geen expliciet onderdeel van het grotestedenbeleid.

Een lokale aanpak van de problematiek, waarbij gebruik gemaakt wordt van de daar aanwezige kansen, is noodzakelijk. Dit gebeurt ook gedeeltelijk. Zo zijn er al volop lokale projecten die zich richten op het bevorderen van de gezondheid van de bewoners van achterstandswijken, maar deze projecten kunnen nog veel aan kwaliteit winnen. Daarbij is het belangrijk dat succesvolle

projecten gevolgd worden door een brede implementatie en een structurele inbedding. Een lokale aanpak alleen is onvoldoende. Deze dient ondersteund te worden door landelijk beleid.

Bij ongewijzigd beleid blijven de problemen rond de gezondheid van bewoners van achterstandswijken in de toekomst voortbestaan en worden ze mogelijk zelfs groter. In de eerste plaats zijn er aanwijzingen dat sociaal-economische gezondheidsverschillen zich nog meer in de steden zullen concentreren. Ook de allochtone bevolkingsgroep zal in omvang toenemen en zich waarschijnlijk meer concentreren in bepaalde wijken. Tegelijkertijd zien we dat de stedelijke leefomgeving onder druk komt te staan door een toenemend ruimtegebrek.

De belangrijkste punten waarop het beleid zich zou moeten richten, zijn:

- het verbeteren van de leefomstandigheden, bevorderen van gezond gedrag en verbeteren van de zorg in de achterstandswijken;
- het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende beleidssectoren door gezondheid op te nemen in het grotestedenbeleid en (lokale) samenwerkingsstructuren te ondersteunen;
- het verbeteren en verspreiden van kennis over interventieprojecten en monitoring van gezondheidsverschillen tussen wijken en bevolkingsgroepen.

1 WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER?

In de grote steden is het aantal gezondheidsproblemen groter en de aard ervan voor een deel anders dan in de rest van het land. Bovendien zijn de gezondheidsproblemen in bepaalde wijken en bij bepaalde bevolkingsgroepen geconcentreerd. Daarnaast zijn in de grote steden enkele groepen oververtegenwoordigd die een verhoogd gezondheidsrisico lopen, zoals dak- en thuislozen, drugsverslaafden en illegalen. Op stedelijk niveau kan nog een aanzienlijke gezondheidswinst worden geboekt door het verbeteren van de gezondheidstoestand van relatief grote groepen die in een achterstandssituatie verkeren. In de praktijk blijkt het echter erg moeilijk de relevante determinanten in achterstandswijken te verbeteren. Gevolg hiervan is dat verschillen in gezondheid tussen stadsbuurten niet afnemen en zelfs dreigen toe te nemen (Van Oers et al., 1997).

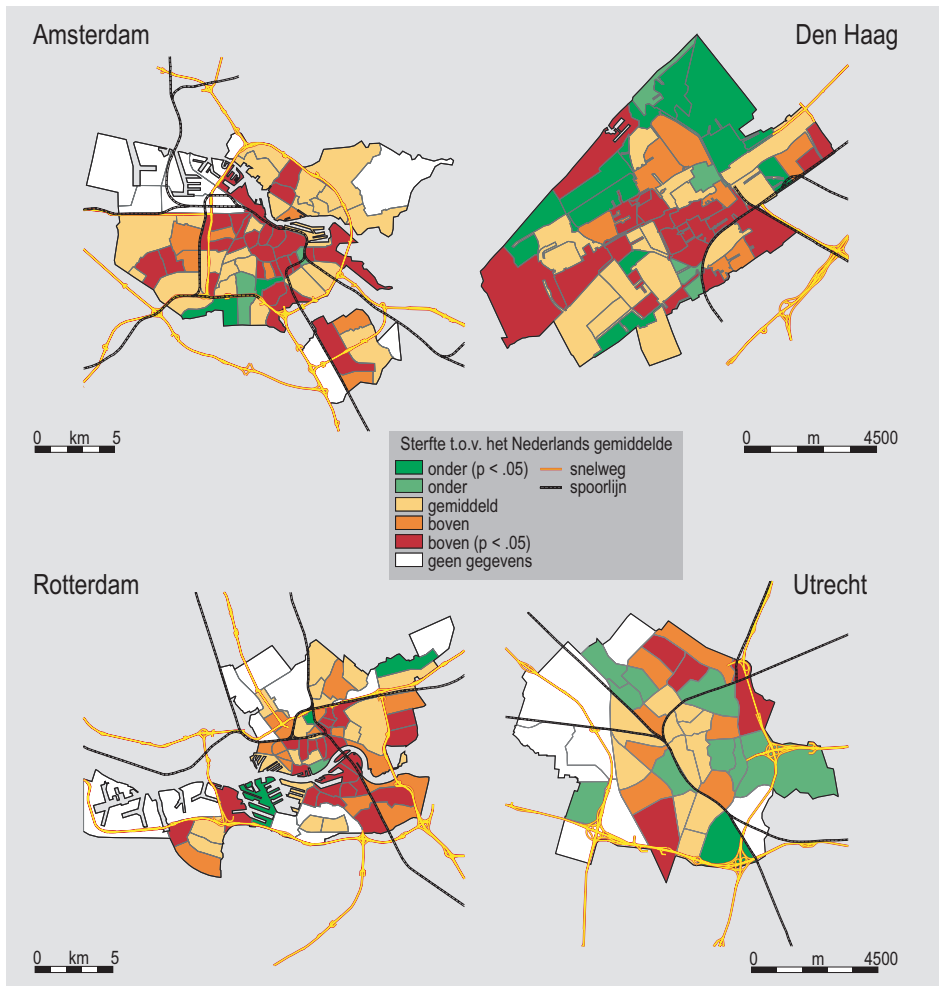
Recente gegevens uit de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl; Van der Veen et al., 2001) illustreren dit patroon. Zo blijkt dat vooral in de grote steden de sterfte hoger is dan het Nederlandse gemiddelde. Naast verschillen in sterfte tussen gemeenten zijn er ook grote verschillen in sterfte *binnen* de steden. In de detailkaarten van de vier grote steden in figuur 1.1 is de sterfte op viercijferig postcodeniveau weergegeven. Binnen de grote steden zijn het vooral de achterstandsgebieden waar de sterfte hoger ligt dan het landelijke gemiddelde.

Voor het beleid is het relevant te interveniëren in deze problematiek, omdat hiermee op bevolkingsniveau gezondheidswinst kan worden geboekt en gezondheidsverschillen gereduceerd kunnen worden. Bekend is dat vele factoren op diverse terreinen een rol spelen, maar wat de bijdrage is van de verschillende factoren, hoe deze zich tot elkaar verhouden en vooral hoe deze te beïnvloeden zijn is minder duidelijk. Dit rapport voegt de huidige kennis hierover samen.

1.1 Vraagstelling

In dit themarapport zal achtereenvolgens in worden gegaan op de volgende vragen:

1. Zijn er verschillen in gezondheid tussen stad en platteland, tussen steden en binnen steden (tussen stadsbuurten). Zo ja, hoe groot zijn deze verschillen en hoe kunnen deze verschillen verklaard worden?
2. Welk beleid wordt gevoerd en welke instrumenten worden momenteel ingezet ter verbetering van de gezondheidstoestand van de bewoners (in achterstandswijken) van de grote steden en wat zijn de effecten hiervan?
3. Hoe zal de gezondheidstoestand van de bewoners (in achterstandswijken) van de grote steden zich in de toekomst ontwikkelen en op welke wijze kan hierop worden ingesprongen?



Figuur 1.1: Sterfteverschillen tussen postcodegebieden in de vier grote steden (Bron: Van der Veen et al., 2001).

Nadat bij de eerste vraagstelling de problematiek in de grote steden is beschreven, wordt bij de tweede vraag ingegaan op wat daaraan gedaan wordt. De laatste vraagstelling verkent wat we in de nabije toekomst mogen verwachten wat betreft de gezondheid in de grote steden.

1.2 Afbakening

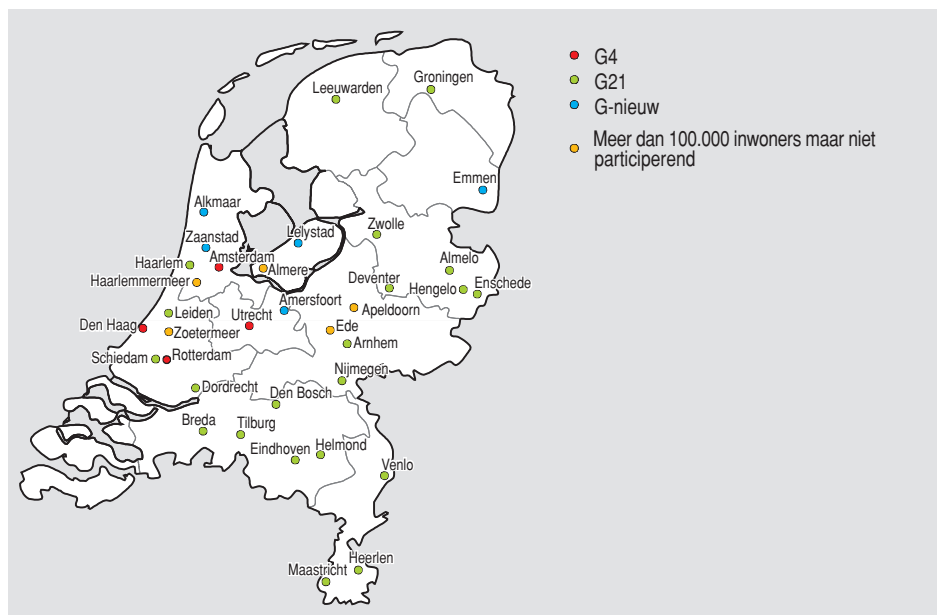
1.2.1 Grote steden en achterstandswijken

Onder grote steden worden in dit rapport de steden verstaan die deelnemen aan het grotestedenbeleid, met name de vier grote steden (G4) en de 21 middelgrote steden (G21).

In sommige gevallen zijn ook de sinds 1999 deels in het grotestedenbeleid deelnemende steden (G-nieuw) meegenomen. Daarnaast zijn er nog enkele steden met meer dan 100.000 inwoners, die niet participeren in het grotestedenbeleid. In sommige analyses is ook een vergelijking met deze groep van gemeenten gemaakt. In figuur 1.2 is te zien welke steden bij de verschillende groepen horen.

Naast de indeling van gemeenten naar deelname aan het grotestedenbeleid is in sommige bijdragen aan dit rapport afzonderlijk gekeken naar de factor stedelijkheid. Dit is de indicator voor stedelijkheid van het CBS die gebaseerd is op de omgevingsadressendichtheid. Gemeenten kunnen hiermee worden ingedeeld in vijf categorieën oplopend van niet stedelijk tot zeer sterk stedelijk

Vaak wordt ingezoomd op wijken binnen de grote steden en dan vooral op zogenaamde ‘achterstandswijken’. Onder achterstandswijken worden wijken verstaan waarvan de bewoners gemiddeld een lage sociaal-economische status hebben. Dit zijn wijken waar relatief veel mensen wonen met een laag inkomen, een laag opleidingsniveau en/of zonder werk. Eigenlijk gaat het om een combinatie van deze kenmerken. In dit rapport zijn achterstandswijken op verschillende wijzen bepaald, omdat dit afhankelijk is van de informatie die in de betreffende bron beschikbaar is. Kenmerkende overeenkomst is dat er altijd bedoeld wordt op een sociaal-economische achterstand en niet op een achterstand op andere gebieden. In bijlage 7 is een overzicht opgenomen van de wijze waarop in de verschillende bijdragen achterstandswijken zijn bepaald.



Figuur 1.2: Grote steden in Nederland (Bron: Van der Veen et al., 2001).

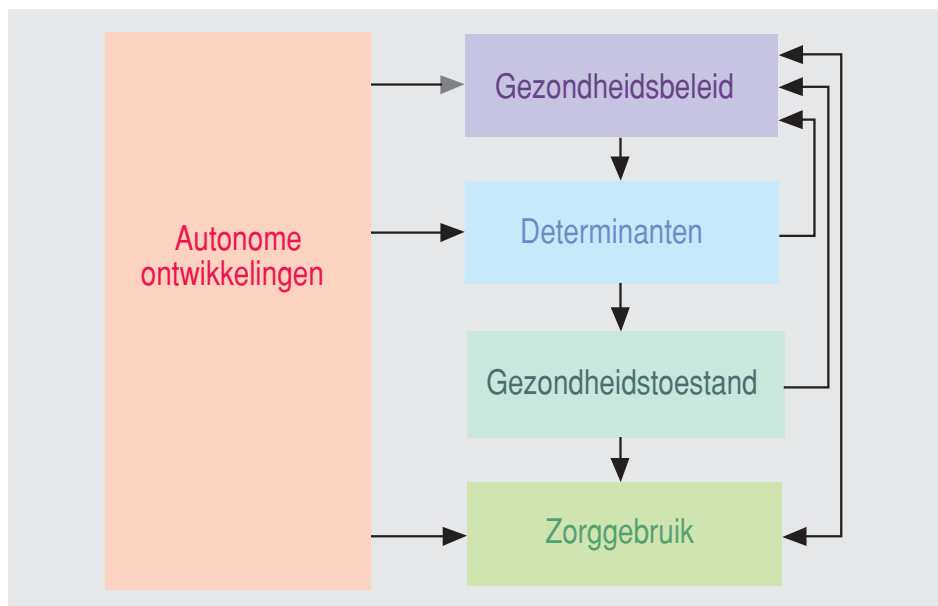
1.2.2 Preventie en facetbeleid

In dit themarapport concentreren we ons vooral op de mogelijkheden van preventie en facetbeleid en laten we de problematiek rond de zorg vooralsnog buiten beschouwing. Deze keuze is inherent aan de opzet van de VTV-themarapporten waarin een ingeperkt thema in een beknopt rapport wordt uitgewerkt.

De kernvraag die we stellen is hoe gezondheidsachterstanden verminderd kunnen worden door het verbeteren van levensomstandigheden. Deze inperking kan op het eerste gezicht bevreedend lijken in een periode dat discussies vooral over knelpunten in de gezondheidszorg en over gezond gedrag gaan. De belangrijkste reden ligt echter in de public health opvatting dat verbeteringen in de levensomstandigheden meer gezondheidswinst kunnen opleveren dan verbeteringen in de zorg, hoe belangrijk deze laatste ook zijn. De bron van deze opvatting ligt in de ervaringen in de vorige eeuw. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking is in de vorige eeuw sterk verbeterd. De levensverwachting bij geboorte nam tussen het jaar 1900 en het jaar 2000 met twintig jaar toe. Hogere welvaart, beter onderwijs, betere voeding, verbeterde hygiëne, riolering, betere arbeidsomstandigheden, betere woningen, zowel in de steden als in de rest van het land hebben daar een grote invloed op gehad. In verhouding tot de leefomstandigheden werd de bijdrage die verbeteringen in de gezondheidszorg leverden, zeker in het begin van de vorige eeuw, bescheiden geacht (McKeown, 1976; Van der Maas & Mackenbach, 1999; Mackenbach, 1992; Israëls en Mooy, 2001). Ook in de hedendaagse internationale literatuur over gezondheid in de achterstandswijken in de grote steden in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten wordt de betekenis van leefomstandigheden, naast zorg en gezond gedrag, beklemtoond (MacIntyre et al., 1993; Acheson, 1998; Freudenberg, 2000; Geronimus, 2000; House et al., 2000; Diez Roux et al., 2001; Marmot, 2001). Zorg en gezond gedrag komen in andere VTV-rapporten aan de orde. Aanluitend op dit themarapport zal een themarapport worden gemaakt over de zorg in de grote steden (Verheij et al., 2001). Daarnaast verschijnt binnenkort een themarapport over bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen (Jansen et al., 2001).

Het conceptuele basismodel van VTV (zie figuur 1.3) (Ruwaard & Kramers, 1997) biedt ondersteuning bij de positionering van dit themarapport. In het model is te zien dat de gezondheidstoestand wordt bepaald door determinanten van gezondheid en dat de gezondheidstoestand vervolgens weer leidt tot gebruik van zorg. Het gezondheidsbeleid wordt mede gestuurd door ontwikkelingen in de determinanten, de gezondheidstoestand en het zorggebruik. Het gezondheidsbeleid tracht via determinanten de gezondheidstoestand te beïnvloeden. Op de achtergrond spelen autonome ontwikkelingen die op alle onderdelen aangrijpen. Zorg en preventie worden tot de determinanten gerekend, omdat ook zorg en preventie de gezondheidstoestand kunnen beïnvloeden. Zorg richt zich daarbij grotendeels direct op de gezondheidstoestand, terwijl preventie zich voornamelijk richt op exogene determinanten zoals leefstijl en de fysieke en sociale omgeving.

Om de verschillen tussen zorg en preventie te verduidelijken kan worden uitgegaan van een indeling die gebaseerd is op de fase waarop geïntervenieerd wordt in het ziektepro-



Figuur 1.3: Het conceptuele basismodel VTV-1997 (Bron: Ruwaard & Kramers, 1997).

ces. Preventie heeft dan als doel om een ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaken. Dit wordt ook wel aangeduid met de term primaire preventie. Zorg omvat de activiteiten die gericht zijn op individuen die reeds ziek zijn en is gericht op genezing of het voorkomen dat een ziekte verergert. Zowel zorg als preventie zijn van belang voor de gezondheidstoestand van de populatie. In dit themarapport staat preventie centraal. Aansluitend zal een themarapport worden gemaakt waarin wordt ingegaan op de rol van zorg ten aanzien van de gezondheidsproblemen in de grote steden.

De beïnvloeding van de op gezondheid van invloed zijnde risicofactoren ligt voor een groot deel buiten de directe invloedssfeer van het ministerie van VWS. Voor het realiseren van gezondheidswinst is men dus sterk afhankelijk van de medewerking van andere beleidssectoren. Het beleid dat buiten de volksgezondheids sfeer valt, maar waardoor de gezondheid positief beïnvloed kan worden wordt aangeduid met de term *facetbeleid*. Dit beleid wordt door VWS gevoerd als een afgeleide van het volksgezondheidsbeleid, waarbij de overheid zich specifiek richt op sectoroverstijgende aspecten met een invloed op de gezondheid (Putters & Van der Grinten, 1998). Voor het thema gezondheid in de grote steden is bijvoorbeeld het grotestedenbeleid van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) van groot belang. Vooral aan deze sectoroverstijgende aspecten zal in het themarapport aandacht worden besteed.

Voorts moet worden opgemerkt dat in de praktijk zorg en preventie vaak minder strikt gescheiden zijn dan in theorie en dat er ook diverse raakvlakken zijn. Vanuit de zorg kunnen ook activiteiten worden ontwikkeld die gericht zijn op de oorzaken van gezondheidsproblemen. Zo geven bijvoorbeeld huisartsen regelmatig leefstijladviezen. Ook in

de lokale zorgnetwerken en in wijkgezondheidscentra is te zien dat zorg en preventie in de praktijk dicht bij elkaar kunnen liggen. In dit themarapport worden ook deze vormen van preventie vanuit de zorg meegenomen, voor zover ze een collectief karakter hebben. Incidentele individuele leefstijlpreventie wordt buiten beschouwing gelaten. Uitgangspunt is dat de maatregelen of interventies aangrijpen op de oorzaken van gezondheidsproblemen en ziekte trachten te voorkomen. Activiteiten die gericht zijn op het reeds zieke individu en deze beogen te genezen of trachten erger te voorkomen, evenals het zorggebruik komen in een volgend themarapport aan de orde (Verheij et al., 2001).

1.3 Aanpak

De bedoeling is om in dit themarapport een *state of the art* te geven van de relevante kennis over de gezondheid in de grote steden. Zowel wat betreft de kennis over de gezondheidsproblemen in de grote steden als over het beleid dat ten aanzien van deze problemen gevoerd wordt of kan worden. Bij het maken van een dergelijk overzicht zijn vele externe deskundigen betrokken

Voor de probleemanalyse is samengewerkt met een groot aantal onderzoeksinstituten, zoals SCP, CBS, TNO-PG, EUR, en onderzoeksafdelingen van GGD'en. Aan deze groepen is verzocht recent onderzoeksmateriaal over de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidssituatie in de grote steden te analyseren en zo toegankelijk mogelijk te presenteren. De nadruk ligt op de beschrijving en analyse van gezondheidsverschillen. Er is een aparte analyse gemaakt om na te gaan of het wonen in een achterstandswijk apart van andere omgevingskenmerken en de individuele sociale status van de bewoners een eigenstandige invloed heeft op de gezondheidstoestand.

Voor de beleidsanalyse zijn relevante beleidsstukken van de Ministeries van VWS en BZK en lokale beleidsstukken van de G25 bestudeerd en is het verslag van de startconferentie voor dit themarapport gebruikt (Heijdelberg et al., 2001). Daarnaast is een inventarisatie gemaakt van lokale interventieprojecten in de G25 gericht op gezondheidsbevordering (Witte, 2001), een analyse uitgevoerd van de wijkgerichte benadering in het grotestedenbeleid (Schoenmakers, 2001) en is relevante literatuur rond het grotestedenbeleid bestudeerd. Tenslotte hebben twee groepsgesprekken plaatsgevonden met de subgroep Grotestedenbeleid van de Vakgroep Gemeentelijk Gezondheidsbeleid van GGD-Nederland. De beleidsanalyse en toekomstanalyse zijn grotendeels door het cVTV van het RIVM zelf uitgevoerd.

Om de relatie met het beleid te leggen en te onderhouden is een Beleidsadviesgroep opgericht bestaande uit vertegenwoordigers van VWS en BZK. Tevens is door de Beleidsadviesgroep in het midden van het traject een conferentie georganiseerd om ideeën over de opzet van het onderzoek, de problematiek in de grote steden en de oplossingsrichtingen te toetsen en verder te ontwikkelen.

2 HOE GEZOND ZIJN DE GROTE STEDEN?

Kernboodschap

Inwoners van grote steden en dan vooral de bewoners van achterstandswijken zijn minder gezond dan de inwoners van de rest van Nederland. Dit komt vooral door de sociaal-demografische samenstelling van de stedelijke bevolking. Daarbovenop lijkt het wonen in een achterstandswijk van een grote stad een extra risico voor de volksgezondheid.

Bewoners in de grote steden ervaren hun gezondheid als minder goed, ze rapporteren meer psychiatrische stoornissen en gaan over het algemeen eerder dood. Zo ligt de sterfte in de grote steden ruim 11% hoger dan elders. De problemen zijn het grootst in de vier grootste steden, maar de overige steden die participeren in het grotestedenbeleid vertonen vergelijkbare problematiek. Bij ontwikkeling in de levensverwachting zien we dat de grote steden vanaf de jaren zeventig terrein verliezen ten opzichte van de rest van Nederland.

Sinds 1970 concentreert de sociale achterstand zich meer en meer in de grote steden van Nederland. Als gevolg van die ontwikkeling wonen momenteel in grote steden relatief veel mensen met een laag inkomen, werklozen, allochtonen en alleenstaanden. Dat zijn allemaal groepen met gemiddeld een minder goede gezondheidstoestand. Twee derde van de mensen die in Nederland in een achterstandswijk wonen, woont in de grote steden.

De minder goede gezondheid in de steden is vooral toe te schrijven aan de situatie in de achterstandswijken, waar de gezondheidsproblemen zich opstapelen. Zo is de kans om voor het 65^e jaar te overlijden in een achterstandswijk 50% groter dan in een welgestelde wijk. De oorzaken hiervoor hangen voor een groot deel samen met de sociaal-demografische samenstelling van de wijken. De gezondheidstoestand is daar minder gunstig dan elders, doordat er relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status wonen en relatief veel allochtonen. Duidelijk is dat de mechanismen die sociaal-economische gezondheidsverschillen veroorzaken, ook een rol spelen bij de verschillen in gezondheid in de grote steden. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de materiële en immateriële leefomstandigheden, leefgewoonten en de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze factoren zijn onderling sterk verweven en bovendien geworteld in allerlei sociale, economische en culturele ontwikkelingen.

De aangetroffen gezondheidsverschillen zijn overigens niet geheel verklaarbaar uit individuele sociaal-demografische kenmerken. Het lijkt er dus op, dat het wonen in een achterstandswijk van een grote stad nog een extra gezondheidsrisico met zich meebrengt. Dit betekent dat het wonen in een achterstandswijk ook een zelfstandig risico vormt voor de gezondheid. De oorzaken daarvan moeten worden gezocht in de fysieke en sociale omgeving in de wijk.

2.1 Introductie

Dit hoofdstuk behandelt de probleemanalyse en geeft een epidemiologische beschrijving van de gezondheidstoestand van de bevolking van de grote steden. Er wordt relatief veel aandacht besteed aan de vier grote steden. Daar is het meest over bekend. Daarnaast besteden we aandacht aan de andere steden die deelnemen aan het grotestedenbeleid (G21) en de invloed van stedelijkheid.

De eerste bijdrage gaat in op de sociaal-demografische samenstelling en ontwikkeling in de grote steden. Hiermee wordt een kader geschetst voor de beschrijving van de gezondheidstoestand. De sociaal-demografische verschillen zijn immers van grote invloed op de verschillen in gezondheid tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden. In de daarop volgende paragraaf wordt geïllustreerd met welke problemen de grote steden te maken hebben. De GGD'en van de vier grote steden schetsen daar in het kort de problematiek in de grote stad. Dit is bedoeld als illustratie voor de informatie die op lokaal niveau aanwezig is.

In de drie daarop volgende bijdragen (paragraaf 2.4 tot en met 2.6) wordt met gegevens uit landelijke bronnen de gezondheid van de bevolking in de grote steden vergeleken met de rest van Nederland. Achtereenvolgens komen aan bod zelfgerapporteerde gezondheid, psychiatrische stoornissen en sterfte, onder meer naar doodsoorzaak. Deze bijdragen laten zien dat er op verschillende gezondheidsaspecten verschillen bestaan tussen stedelijk en niet-stedelijk gebied.

In de daarop volgende drie bijdragen wordt juist ook gelet op verschillen tussen buurten *binnen* de steden. Paragraaf 2.7 gaat in op verschillen in sterfte tussen buurten van verschillend sociaal-economisch niveau. In deze bijdrage wordt gekeken in hoeverre de verschillen in sterfte tussen steden en niet-stedelijk gebied het gevolg zijn van de aanwezigheid van meer buurten van laag sociaal-economisch niveau in de stad. In de aansluitende twee bijdragen wordt een aanzet gegeven voor de verklaring van de aangetroffen verschillen in gezondheid. Daarbij gaat het vooral om de vraag of de oorzaken liggen bij de sociaal-demografische samenstelling van de bevolking of bij het wonen in de stedelijke leefomgeving of bij beide. Paragraaf 2.8 beschrijft de resultaten van een analyse naar de relatie tussen gezondheid en respectievelijk individuele sociaal-demografische kenmerken en buurtkenmerken. In de bijdrage in paragraaf 2.9 worden enkele wijken met een relatief laag gemiddeld inkomen en een bevolking met een gemiddeld *goede* gezondheidstoestand nader beschouwd. Bestudering van deze uitzonderingswijken kan inzicht bieden in factoren in de stedelijke leefomgeving die van belang zijn voor het ontstaan van gezondheidsverschillen.

Tot slot bediscussiëren de redacteurs de bevindingen uit de probleemanalyse. Specifieke aandacht bestaat daarbij voor aangrijpingspunten voor beleid. Daarbij gaat het om enerzijds de beïnvloeding van de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de grote steden. Anderzijds betreft het de specifieke bijdrage van het wonen in (achterstandswijken van) de grote stad aan het ontstaan van gezondheidsproblemen.

2.2 Sociaal-demografische en statusontwikkeling van stadswijken 1971-1998

F. Knol, H. Verkleij

In de (grote) steden is sociale achterstand sinds de jaren zeventig meer en meer een probleem geworden.

2.2.1 Inleiding

De bevolkingssamenstelling van de grote steden en van de wijken en buurten in die steden verschilt van de rest van Nederland. Dit verklaart voor een deel de verschillen in gezondheid tussen stad en platteland en tussen stadswijken. Daarnaast verandert de bevolkingssamenstelling in de loop der jaren. Dat geldt ook voor de sociale status van buurten en wijken, gemeten aan het opleidingsniveau, inkomen en arbeidspositie van hun inwoners. Wijken kunnen stijgen en dalen in status. De achterstandswijken van nu zijn niet in alle gevallen dezelfde als die van 30 jaar geleden.

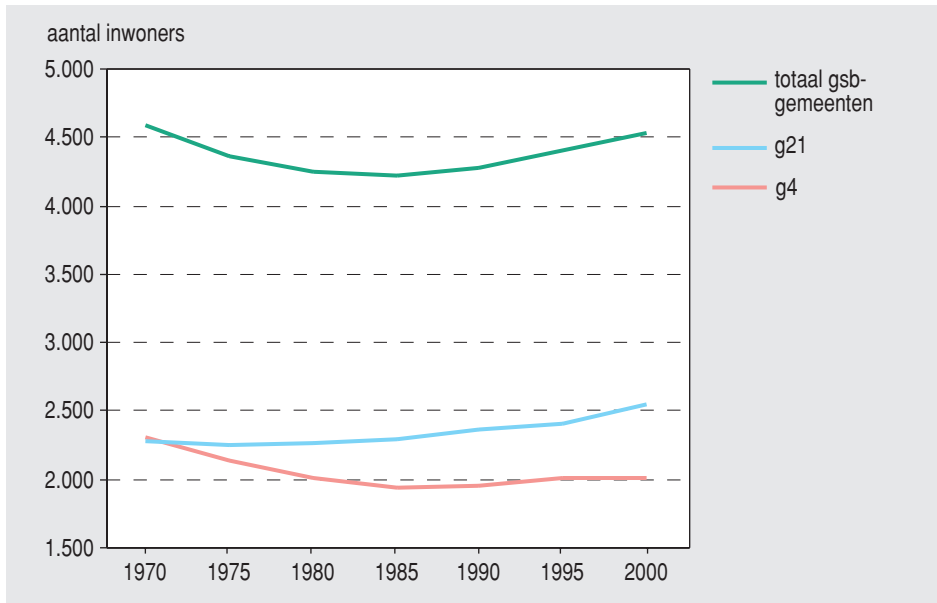
In deze paragraaf worden vier vragen beantwoord:

1. Hoe heeft de bevolkingssomvang van de 25 grote steden (G25) zich in de afgelopen 30 jaar ontwikkeld?
2. Hoe ziet de huidige bevolkingssamenstelling eruit?
3. Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de sociale status van (achters-tands)wijken in de G25 in de afgelopen 30 jaar?
4. Welk type wijken loopt het risico zich in de nabije toekomst tot achterstandswijk te ontwikkelen?

De analyses beperken zich tot een vergelijking van de G4, de G21 (samen de G25) en de rest van Nederland. De G-nieuw maken daarbij deel uit van de rest van Nederland.

2.2.2 Bevolkingsontwikkeling

De bevolking van de steden die betrokken zijn bij het grotestedenbeleid, is in de periode 1971-1985 in omvang afgenomen, vooral door een afname van de bevolking in de vier grote steden. Daarna stabiliseerde de bevolkingssomvang in de G4 zich en groeide de bevolking in de G21. De bevolkingsontwikkeling in de steden is selectief. Zo is de stabilisatie van de bevolkingssomvang in de vier grote steden voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de instroom van allochtonen en de natuurlijke groei door geboorten in deze bevolkingsgroep sinds hun komst. Daarnaast zijn er veel (jonge) alleenstaanden naar de steden getrokken, die geruime tijd alleenstaand blijven. De instroom van deze (jonge) alleenstaanden overtreft die van de groep met een niet-Nederlandse nationaliteit. De instromende groepen hebben gemiddeld een laag inkomen. Tegenover deze instroom staat een uitstroom van hogere inkomensgroepen, waaronder vooral autochtonen, gezinnen en paren (Van der Wouden, 1996). De afgelopen jaren lijkt echter dat



Figuur 2.1: Ontwikkeling van het aantal inwoners in grotestedenbeleid-gemeenten (G4-G21) (Bron: CBS: Statline, 1970-2000, SCP-bewerking).

vooral in de middelgrote steden het aantal personen met een hoog inkomen dat de stad verlaat in balans is met het aantal dat de stad binnenkomt (bron: Woningbehoefteonderzoek (WBO), 1998).

2.2.3 Huidige bevolkingssamenstelling

Per 1 januari 2000 woonde 12,5% van de Nederlandse bevolking in de G4 en 16% in de G21. De bevolkingssamenstelling wijkt in de grote steden op een aantal punten duidelijk af van de rest van Nederland. Dat geldt vooral voor het aandeel allochtonen, het percentage inwoners met een laag inkomen en het percentage werklozen.

Stedelijke achterstandswijken

Binnen de grote steden concentreren mensen met een sociaal-economische achterstand zich binnen zogenaamde 'achterstandswijken'. Om inzicht te krijgen in de mate waarin achterstand zich concentreert zijn alle wijken in Nederland in 1998 geordend naar sociale status, lopend van een lage status naar een hoge status. Vervolgens zijn de wijken verdeeld in vijf gelijke groepen, zogenaamde kwintielen. Meer informatie over de hierbij gevolgde methode staat in bijlage 7.

De helft van de achterstandswijken blijkt in 1998 in de G25 te liggen. Doordat de achterstandswijken in de G25 groter zijn dan in de rest van Nederland, woont niet de helft, maar zelfs 65 procent van de Nederlandse achterstandswijkbevolking (en bijna 70 pro-

Tabel 2.1: Bevolkingsopbouw in G25 en rest van Nederland per 1 januari 2000, absolute aantallen en percentages (Bronnen: CBS: Statline, WBO'98, DPG'99, SCP-bewerking; RIO'98, SCP: AVO'99).

	G4	G21	rest van Nederland
Aantal vrouwen (*1000)	1.022	1.296	5.699
Aantal mannen (*1000)	976	1.249	5.620
Leeftijd (%)			
0-14	16,3%	16,9%	19,6%
15-34	33,5%	30,6%	25,2%
35-64	35,4%	38,3%	41,8%
65 e.o.	13,8%	14,2%	13,4%
Alleenstaanden (%)	46,9%	43,0%	35,3%
Laag inkomen (%)	20,7%	16,7%	10,7%
Werklozen (%)	9,5%	8,0%	6,0%
Allochtonen (%)	37,6%	20,0%	10,3%
Waarvan:			
- % Turken	14,3%	7,0%	6,9%
- % Marokkanen	17,4%	7,8%	6,1%
- % Surinamers	19,3%	6,0%	4,8%
- % Antillianen/Arubanen	4,1%	4,2%	2,6%
- % Overige niet-westerse	15,0%	23,3%	10,0%
- % Overige westerse	29,9%	51,7%	69,6%
Opleidingsniveau			
lo	20,6%	23,0%	19,6%
lbo/mavo	30,4%	30,9%	34,9%
havo/vwo/mbo	24,4%	25,2%	28,1%
hbo/wo	24,6%	20,8%	17,4%

cent van alle huishoudens in achterstandswijken) in de G25. Dit betekent dat maatregelen of interventies die zich richten op de achterstandswijken in de grote steden (G25), potentieel de meerderheid van de bevolking wonend in achterstandswijken in heel Nederland bereiken. Als men maatregelen zou willen richten op alle personen of huishoudens met een laag inkomen in Nederland, maar de maatregelen zou beperken tot de achterstandswijken in de grote steden, ontstaat een ander beeld. Van de 850.000 huishoudens in heel Nederland met een laag inkomen (in 1998) wonen er 390.000 in de G25. Van die 390.000 huishoudens met een laag inkomen wonen er 260.000 (twee derde) in een achterstandswijk. Dit betekent dat *binnen* de G25 de achterstandswijken een goede 'vindplaats' zijn voor de achterstandshuishoudens, maar dat in de achterstandswijken van de G25 niet meer dan 30% van alle Nederlandse huishoudens met een laag inkomen woont.

Tabel 2.2: Statusontwikkeling tussen 1971 en 1998 van wijken in de steden (G4 en G21) vergeleken met de rest van Nederland (absolute aantallen) (Bronnen: CBS: Algemene Volkstelling 1971; Ministerie van VROM/SCP: WMD'98; Geomarkitprofiel: GMP'98, SCP-bewerking).

Statusontwikkeling van wijken	G4	G21	Rest van Nederland	Totaal
Stijgend uit laagste statusgroep	1	22	311	334
Dalend naar laagste statusgroep	110	103	121	334
Stabiel in laagste statusgroep	11	43	137	191
Overige wijken	89	184	1.495	1.768
<i>Totaal</i>	<i>211</i>	<i>352</i>	<i>2.064</i>	<i>2.627</i>

2.2.4 Statusontwikkeling

In tabel 2.2 wordt de statusontwikkeling van de stedelijke wijken in de G4 en G21 vergeleken met de wijken in de rest van Nederland. Ook hiervoor zijn alle wijken in Nederland geordend naar sociale status, maar nu zowel in 1971 als in 1998, en in elk van beide jaren ingedeeld in vijf gelijke groepen van 525 wijken (zie bijlage 7). Voor elk van de drie groepen van gemeenten is gekeken hoeveel wijken die in 1971 tot de laagste statusgroep behoorden, in 1998 op de statusladder van heel Nederland gestegen waren, hoeveel er daalden en hoeveel in beide jaren tot de laagste statusgroep behoorden. Van de 525 wijken die in 1971 in heel Nederland tot de laagste statusgroep behoorden, waren er in 1998 334 in status gestegen terwijl de overige 191 wijken hun lage status behielden.

Het meest opvallend is dat de sociaal-economische achterstand in de loop der tijd is verschoven van de 'rest van Nederland' naar de grote steden. Veel wijken veranderen van positie op de landelijke statusladder. In zowel de G4 als de G21 zijn veel wijken gedaald naar het laagste niveau. Daarnaast is er een beperkt aantal stadswijken dat zowel in 1971 als in 1998 een lage status had. Stijgers zijn in de steden maar beperkt aanwezig. In de periode 1991-1998 is de ontwikkeling iets positiever, vooral in de G21: 29 wijken in de G21 stegen in die periode vanuit de laagste statusgroep naar een hogere statusgroep, terwijl maar 14 wijken in de G21 uit een hogere statusgroep daalden naar de laagste groep. In de G4 stegen in die periode 8 wijken uit de laagste statusgroep en daalden 18 wijken naar de laagste groep (niet in de tabel).

Achtergronden van de statusontwikkeling

De bevolkingssamenstelling en de aan de hand daarvan gemeten sociale status van wijken wordt voor een groot deel beïnvloed door de samenstelling van het woningbestand, de aantrekkelijkheid van de woonomgeving en de WOZ-waarde van de woningen (waarde volgens de wet Waardering Onroerende Zaken). Uit nadere analyse blijkt dat de hogere sociale status van wijken vooral sterk samenhangt met de aanwezigheid van koopwoningen en de waardering van het onroerend goed. Een lagere sociale status gaat vooral samen met de aanwezigheid van flatwoningen en woningen uit alle perioden van vóór 1971 en -alleen in de G4- met de mate van verloedering van een wijk.

De toename van het percentage koopwoningen tussen 1971 en 1998 blijkt een belangrijke voorspeller van de statusscore eind jaren negentig. Welke wijken naar alle waarschijnlijkheid de grootste kans lopen de komende tien jaar een lage status wijk te blijven dan wel te worden hangt dus onder meer samen met de ontwikkeling van de waarde van het onroerend goed in de wijk. In het algemeen zullen de wijken met weinig koopwoningen en de wijken met veel flats en huurwoningen vermoedelijk dalen in status. Momenteel bestaat zo'n 63% van de woningvoorraad in de grote steden uit dergelijke huurflats. In contrast daarmee blijkt uit de gegevens van het WBO 1998 dat in de G25 slechts 35% van de verhuisingeneigden naar een huurflat wil verhuizen.

Het WBO 1998 laat ook zien dat de huidige woonconsument vooral de voorkeur geeft aan ruimte in (en om) de woning. Wijken die gebouwd zijn in een periode waarin het woonoppervlak *in* de woning gering is, blijken in de middelgrote steden (de G-21) nu al vaak een lage status te hebben (met name wijken van vóór 1971). Het is niet uitgesloten dat in de nabije toekomst ook wijken met weinig ruimte *rond* de woning gaan dalen in status, tenminste als deze wijken ook andere kenmerken bezitten die met lage status samengaan, zoals veel huurwoningen en een lage waarde van het onroerend goed.

2.2.5 Conclusie

Na een daling in de jaren zeventig groeit sinds 1985 de bevolking van de G21 weer, de bevolking van de G4 is sindsdien tamelijk stabiel. Tegenover de instroom in de grote steden van lage inkomensgroepen, vooral allochtonen en alleenstaanden, staat een uitstroom van hoge inkomensgroepen, vooral autochtonen, gezinnen en paren. In de middelgrote steden lijkt echter het tij enigszins gekeerd: sinds kort houden de percentages instroom en uitstroom van hoge inkomens elkaar in evenwicht.

Vooraf door een daling in status van veel stedelijke wijken sinds 1971 heeft het overgrote deel van het stedelijk gebied een lage status. De huidige wijken met een lage sociale status worden gekenmerkt door de aanwezigheid van goedkope woningen zoals huurflats en oudere woningen. Wijken die er niet in zullen slagen de waarde van het onroerend goed te behouden, hebben een grote kans in de nabije toekomst in status te zakken. Het is niet uitgesloten dat ook wijken met weinig ruimte in en om de woning gaan dalen in status.

Wat de statusontwikkeling betreft kan geconcludeerd worden dat fysieke factoren (kwaliteit van de woningvoorraad en woonomgeving) van groot belang zijn bij de statusontwikkeling van wijken. Een aantrekkelijke woningvoorraad en geen of weinig verloederding in de woonomgeving trekt huishoudens met een relatief hoge status aan, zij verhuizen naar deze gebieden. Een verloederde woonomgeving met weinig gewilde woningen stoot mensen af. Zij die daartoe in staat zijn -de hoge statusgroepen- vertrekken uit deze gebieden. Uit de CBS-migratiestatistiek blijkt dat in één jaar 15% van de bewoners uit een wijk vertrekt. In lage statuswijken is dit aandeel hoger: 18%. Omgekeerd woont slechts 16% van de bewoners van stabiele lage statuswijken langdurig in

de huidige woning, terwijl in de "overige wijken" dat percentage dubbel zo hoog is (33,5%) (bron: SCP: Aanvullend Voorzieningen Onderzoek, 1999).

2.3 De GGD'en van de G4 over de gezondheidsproblemen in de grote steden: een illustratie

De GGD'en van de G4 plaatsen de lokale gezondheidsproblemen vooral in het kader van sociaal-economische gezondheidsverschillen en specifieke problemen van allochtonen.

2.3.1 Inleiding

Ondanks grote overeenkomsten in de gezondheidsproblematiek tussen de grote steden en de rest van Nederland, is er ook een aantal gezondheidsproblemen dat zich in de vier grote steden in verhoogde mate of in specifieke verschijningsvormen voordoet. Om een illustratief beeld te schetsen van de specifieke problematiek in de grote steden is aan de GGD'en van de vier grote steden gevraagd om op basis van bestaande kennis de belangrijkste gezondheidsproblemen in hun stad te beschrijven.

Het is de taak van de GGD om de gezondheidsproblematiek van de eigen regio zo inzichtelijk mogelijk in kaart te brengen. De GGD'en van de vier grote steden doen dat door met enige regelmaat publicaties uit te brengen. Elke gemeente doet dat op een eigen manier omdat inzicht in de gezondheid van de eigen stad vooropstaat. Dit maakt onderlinge vergelijking moeilijk. Wat ze alle gemeen hebben is dat de beschrijvingen de gehele breedte van de gezondheidsproblematiek betreffen. Die breedte is om twee redenen wenselijk. Allereerst omdat de (openbare) gezondheidszorg een brede sector is, waarin veel partijen een rol spelen die elk inzicht in de eigen deelproblematiek nodig hebben, en op de tweede plaats omdat het de taak van de gemeentelijke politiek is om prioriteiten te stellen.

De GGD'en hebben in een interactief proces met het RIVM de belangrijkste gezondheidsproblemen waarover in recente publicaties gerapporteerd wordt, geselecteerd en beschreven. Informatie over sterfte is buiten beschouwing gelaten, omdat daar elders in dit themarapport al over is geschreven. De gegevens waarover het gaat zijn voor een groot deel afkomstig uit lokale gezondheidsenquêtes, maar zijn ook ontleend aan andere bronnen of registraties. Wanneer GGD'en specifieke aandacht voor een bepaald gezondheidsprobleem hebben hoeft dat niet te betekenen dat het per definitie vaak voorkomt. Hetgeen gerapporteerd wordt is mede afhankelijk van wat geregistreerd wordt en ook daarin zien we tussen de steden verschillen. Zo heeft de GGD in Den Haag geen periodieke gezondheidsenquête en is daar meer aandacht voor gegevens uit andere bronnen. Toch geven de beschrijvingen een goed beeld van wat er aan gezondheidsproblemen in de grote steden leeft. Deze informatie dient bovendien als input voor het lokale gezondheidsbeleid.

In de vier tekstboxen wordt de gezondheidssituatie in elk van de vier steden, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, apart beschreven. Vervolgens is gekeken naar de overeenkomsten tussen de vier grote steden en naar de specifieke problemen per stad.

Amsterdam

A.C. Verhoeff, C.M.G. Erkens

gezondheid

In grote lijnen wijkt de gezondheidstoestand van de Amsterdamse bevolking weinig af van de gezondheidstoestand van de totale bevolking in Nederland. Uit de lokale gezondheidsenquête blijkt dat Amsterdammers zich over het algemeen goed gezond voelen (83%). Turken en Marokkanen voelen zich minder gezond dan autochtone Amsterdammers en andere allochtone groepen waarover gegevens bekend zijn.

Bijna de helft van de bevolking (47%) geeft in de gezondheidsenquête aan dat men te kampen heeft met minimaal één chronische aandoening. De meest gerapporteerde chronische ziekten bij Amsterdammers zijn ziekten van het bewegingsstelsel (25%), hart- en vaatziekten (21%), ziekten van het spijsverteringskanaal (7%) en chronische luchtwegaandoeningen (6%). Onder de 35 jaar komen deze chronische aandoeningen weinig voor, maar boven deze leeftijd nemen deze ziekten toe. Aandoeningen van het bewegingsstelsel komen met name veel voor onder Turken en Marokkanen (voor beide groepen circa 35%). Suikerziekte komt vaker onder Surinamers en Antillianen, Marokkanen en Turken (5%) voor en hart- en vaatziekten komen vaker voor onder Turken dan onder de van oorsprong Nederlandse bevolking. Wat betreft de geestelijke gezondheid valt de hoge prevalentie van depressie en overspannenheid op (ruim 17%). Het betreft in gelijke mate mannen en vrouwen en komt ook in alle leeftijds- en bevolkingsgroepen in vergelijkbare mate voor. Onder oudere Turken en Marokkanen is echter ook een hoog percentage mensen met een verhoogde kans op depressie (respectievelijk 60% en 31%). Er is sprake van een stapeling van gezondheidsproblemen onder Turken en Marokkanen: meer chronische aandoeningen, op relatief jonge leeftijd al veel lichamelijke beperkingen en ook een slechtere geestelijke gezondheid. Veel

Turkse en Marokkaanse Amsterdammers zijn daarom al op vroege leeftijd afhankelijk van hulp van anderen bij zowel persoonlijke verzorging als bij het huishouden. Deels betreft het 'vermijdbare' ziekten zoals hart- en vaatziekten en suikerziekte.

leefstijl

In Amsterdam roken meer mensen (39%) dan gemiddeld in Nederland (35%). Mannen roken vaker dan vrouwen (45% versus 34%), en jonge mensen (16-34 jaar, 45%) meer dan oudere Amsterdammers. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen: onder de Turken wordt het meest gerookt (49%) en onder de Marokkanen het minst (19%). Bijna een derde van de Amsterdammers van 16 jaar en ouder gebruikt geen alcohol, ruim de helft drinkt licht tot matig en 15% gebruikt excessief of zeer excessief alcohol. Excessief alcoholgebruik komt het meest voor onder jongeren en onder autochtone Amsterdammers. Marokkanen drinken veruit het minst (8%).

Een derde van de Amsterdammers is te zwaar ten opzichte van hun lengte en bij 7% is sprake van ernstig overgewicht. Overgewicht is een groter probleem onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers (respectievelijk 56% en 37%). Driekwart van de Amsterdammers beweegt bovendien onvoldoende. Jonge Amsterdammers en 55-plussers bewegen minder dan Amsterdammers van 35-54 jaar oud. Met name Marokkaanse Amsterdammers bewegen te weinig (89%). Daarnaast heeft slechts 16% van de Amsterdammers een gezond voedingspatroon, afgemeten aan een dagelijks ontbijt en een warme maaltijd, en het eten van voldoende groente en fruit.

(Bron: GG&GD Amsterdam, 2001)

Rotterdam

A.Ph. van Dijk

gezondheid

Enkele gezondheidsproblemen komen in Rotterdam iets vaker voor dan landelijk. In Rotterdam heeft ruim 34 procent van de bevolking psychische problemen (landelijk ruim een kwart). Het gaat daarbij vooral om angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelenmisbruik. Een aantal infectieziekten komt vaker voor in Rotterdam dan gemiddeld in Nederland, namelijk virale hepatitis, aids, seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculose en hoofdluis. Het aantal aids-diagnoses is de laatste jaren in Nederland en Rotterdam gedaald. Het aantal nieuwe HIV-infecties daalt nog niet. In Rotterdam betreft 50% van de nieuwe aids-diagnoses allochtonen. Ook enkele geslachtsziekten, zoals chlamydia-infectie, en tuberculose komen vaker voor bij allochtonen dan bij autochtonen.

De minder goede gezondheidstoestand van de Rotterdamse bevolking kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan het feit dat er meer mensen met een lage sociaal-economische status en meer allochtonen in Rotterdam wonen. Deze groepen zijn over het algemeen minder gezond. Een aantal leefgewoonten zoals roken, een geringe consumptie van groente en fruit en vet eten komt bij mensen met een lage opleiding of mensen zonder werk vaker voor dan bij hoger opgeleiden en werkenden. In Rotterdam zijn vooral de verschillen tussen werkenden en uitkeringsgerechtigden op het gebied van leefgewoonten en ervaren gezondheid groot. Allochtonen geven vaker dan autochtonen aan een minder goede gezondheid te hebben. Tussen de verschillende groepen allochtonen bestaan verschillen. Chronische aandoeningen als rugklachten, maagzweren, migraine en tandcariës komen vaker voor bij Turken en Marokkanen. Surinamers hebben vaker een hoge bloeddruk, en Hindostaanse Surinamers hebben veel vaker diabetes. Kanker en hart- en vaatziekten komen minder vaak voor bij allochtonen. Ook hebben allochtonen juist vaker gezonde voedingsgewoonten dan autochtonen.

Allochtonen, en dan vooral Turken en Marokkanen, geven vaker dan anderen aan psychosociale problemen te hebben.

leefstijl

In Rotterdam drinkt ongeveer driekwart van de bevolking. Dat is iets minder dan landelijk. Het percentage zware drinkers is vergelijkbaar met de landelijke cijfers. Het probleemdrinken is de afgelopen jaren iets toegenomen. Het aantal zware drinkers onder jongeren is sinds 1990 toegenomen. In Rotterdam is dit aantal overigens nog steeds lager dan landelijk. Ook het gebruik van cannabis is in Rotterdam relatief laag in vergelijking met de andere grote steden: 3% in Rotterdam, 8% in Amsterdam, en 4% in Utrecht. Het aantal Rotterdammers dat ooit cannabis heeft gebruikt is weer vrij hoog: 20 procent in Rotterdam, terwijl dit 16 procent landelijk is. Van de scholieren heeft 10 procent recent cannabis gebruikt.

Van de Rotterdammers geeft 7% aan ooit wel eens harddrugs te hebben gebruikt. Geschat wordt dat 3.500 tot 4.000 personen in Rotterdam heroïne gebruikt. Van de Rotterdammers gebruiken 9.000 personen regelmatig cocaïne. In absolute aantallen gaat het hier om een omvangrijk gezondheidsprobleem.

veiligheid

Het psychisch welbevinden van de schooljeugd in Rotterdam is in het algemeen goed. Toch zien we veel probleemgedrag onder Rotterdamse jongeren, en dan vooral bij jongens in de lagere schoolniveaus. Het gaat daarbij om het meedoen aan vechtpartijen, het dragen van wapens (een derde draagt weleens een wapen zoals een vlindermes of traangas bij zich), stelen of het aanbrengen van vernielingen. Dit probleemgedrag heeft een hoge samenhang met risicogedrag als roken, alcoholconsumptie, druggebruik en gokken. Landelijke gegevens hierover ontbreken, zodat niet kan worden nagegaan in hoeverre Rotterdamse jongeren in dit opzicht problematischer zijn dan jongeren in andere delen van het land.

Tot slot noemen we hier onveiligheidsgevoelens. Rotterdammers geven vaker dan inwoners van omliggende gemeenten aan dat ze bepaalde plaatsen mijden als gevolg van onveiligheidsgevoelens.

(Bron: GGD Rotterdam, 2001)

Den Haag

H.W.A. Struben

gezondheid

In Den Haag wijkt de ervaren gezondheid niet af van het landelijke beeld. Wel zijn er binnen Den Haag grote verschillen. Vooral inwoners van achterstandswijken ervaren hun gezondheid als minder dan goed. De gezondheidssituatie van allochtonen is gemiddeld slechter dan onder autochtonen. Allochtonen blijken daarentegen wel op enkele aspecten gezonder te leven dan autochtonen (minder rokers, gezondere voeding).

Suikerziekte is een belangrijk gezondheidsprobleem voor Hindoestanen, maar ook voor Marokkanen en Turken. Voor Surinaamse-Hindoestaanse inwoners van Den Haag geldt dat zij zes tot tien maal zo vaak lijden aan suikerziekte als autochtone Nederlanders. In de leeftijdsgroep ouder dan 60 jaar ligt het percentage personen dat diabetes heeft onder de Haagse Hindoestanen op bijna 40%. Bovendien blijken Hindoestaanse inwoners van Haagse achterstandswijken nog weer veel vaker suikerziekte te hebben dan Hindoestaanse inwoners van welgestelde wijken.

Wat ook veel aandacht heeft in Den Haag is het hoge aantal pogingen tot zelfdoding, vooral onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. In de periode van 1987-1993 werd gemiddeld per jaar 637 maal een poging tot zelfdoding (parasuicide) gepleegd. Het voorkomen van parasuicide is het hoogst onder Surinaamse vrouwen tot 45 jaar (1,3-3,5 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking), gevolgd door jonge Turkse vrouwen tot 25 jaar (1,5-2,5 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking). Onder Marokkaanse vrouwen is parasuicide alleen in de leeftijd van 15-19 jaar hoger dan in de Nederlandse bevolking (2 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking).

leeftijd

Haagse tieners roken en drinken minder dan de landelijke jeugd. Boven de 18 jaar wordt door Hagenaars echter meer gerookt dan landelijk.

Het geschatte totale aantal problematische harddruggebruikers in Den Haag vertoont in de periode 1993-1998 weinig fluctuatie en varieert tussen 2600 en 2900 per jaar; dat wil zeggen ongeveer 1% van de 15-54 jarige inwoners. Onder druggebruikers komen relatief vaak longaandoeningen voor (zoals tuberculose), besmetting met het hepatitis B- of C-virus en het HIV-virus, en abscessen en bloedvergiftigingen. Andere problemen die samenhangen met gebruik van illegale drugs zijn overlast en criminaliteit.

Van de 2.658 harddruggebruikers die in de periode 1996-1998 bekend zijn bij de politie of verslavingszorg was bijna de helft van hen (47%) van allochtone origine. Van de Antillianen is het grootste aandeel bekend (33 per 1.000 Antillianen), gevolgd door Marokkanen (22 per 1.000 Marokkanen) en Surinamers (19 per 1.000 Surinamers). Onder autochtone Nederlanders lag het cijfer op 9 per 1.000 Nederlanders en onder Turken op 5,5 per 1.000 Turken. Er bestaat een sterke samenhang tussen de sociaal-economische achterstandsscore van een wijk en het percentage harddruggebruikers onder de 15-54 jarige wijkbevolking. De Stationsbuurt kende in de periode 1996-1998 het hoogste percentage (2,4%) gevolgd door het Transvaalkwartier en de Schildersbuurt (beide 1,6%) en Morgenstond (1,5%).

De gemiddelde leeftijd van de harddruggebruikers die bekend zijn bij de politie of verslavingszorg nam van 30,5 jaar in 1993-1995 toe tot 32,0 jaar in 1996-1998. Het heroïnegebruik lijkt over haar hoogtepunt te zijn gezien het feit dat het aandeel cliënten in de drugshulpverlening dat cocaïne als belangrijkste middel gebruikt over beide perioden toenam van éénvijfde naar een kwart. Naar schatting vertoont tweederde van de Haagse harddruggebruikers crimineel gedrag.

(Bron: Dienst OC&W/GGD, 1999)

Utrecht

M.J.E. Penris

gezondheid

Driekwart van de Utrechters voelt zich gezond. Over het algemeen is de gezondheidstoestand van de Utrechts bevolking echter minder goed dan die van de totale Nederlandse bevolking. In Utrecht zijn meer mensen die hun gezondheids-toestand als slecht ervaren en meer mensen rapporteren een chronische aandoening of psychische problemen. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn in Utrecht zichtbaar aanwezig, doordat zowel de groepen met een lage sociaal-economische status als de groepen met een hoge sociaal-economische status in Utrecht oververtegenwoordigd zijn. Deze gezondheidsverschillen zien we ook terug bij de verschillen tussen stadsbuurten. Ook de allochtonen in Utrecht hebben gemiddeld een minder goede gezondheidstoestand. Onder Turken en Marokkanen komt vooral veel slapeloosheid en stress voor. De oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen in Utrecht kan het verschil in gezondheid met de rest van Nederland voor een groot deel verklaren.

leefstijl

In Utrecht wordt meer gerookt en komt meer overmatig alcoholgebruik voor dan in de rest van Nederland. Vooral het overmatig alcoholgebruik ligt in Utrecht beduidend hoger dan elders. Dat is mogelijk het gevolg van het hoge percentage studenten in Utrecht, die qua alcoholgebruik afwijken van de gemiddelde Nederlandse bevolking. Door allochtonen (en dan vooral Marokkanen) in Utrecht wordt daarentegen minder alcohol gedronken en minder gerookt.

leefbaarheid en veiligheid

In Utrecht krijgt de leefbaarheid en de veiligheid veel aandacht. Op een aantal aspecten van leefbaarheid scoort Utrecht laag ten opzichte van de rest van Nederland. In Utrecht zijn meer mensen die niet tevreden zijn met de woonomgeving en door meer mensen wordt overlast ervaren door

stank, lawaai of vervuiling. Vergelijking met de andere grote steden levert geen eenduidig beeld op, maar het lijkt erop dat de leefbaarheid in Utrecht ongeveer vergelijkbaar is met de andere grote steden. Ook de veiligheid wordt in Utrecht als een probleem ervaren. Het aantal door de politie geregistreerde delicten ligt in Utrecht hoger dan in de omliggende regio. Gevoelens van onveiligheid nemen in Utrecht sinds 1997 weer toe, maar het percentage dat zich onveilig voelt ligt nog beneden dat van de andere grote steden. Als grootste probleem in Utrecht wordt ervaren dat er een relatief grote harde kern is van criminele jongeren.

Van de Utrechtse volwassen bevolking gebruikt 2,4% harddrugs (n=3.263). Dit betreft vooral experimenteel en extasy gebruik. Daarnaast zijn er ongeveer 950 gemarginaliseerde opiaatgebruikers. Drugsgebruik en de gepaard gaande overlast is daarmee in Utrecht een omvangrijk probleem.

Utrechters zijn over het algemeen tevreden over hun sociale situatie: over hun sociale contacten en hun plaats in de maatschappij. Een aantal groepen Utrechters echter verkeert in een zwakkere positie: de arbeidsongeschikte en werkloze Utrechters, de Marokkanen en Turken en de alleenstaande ouders. Ook van deze groep leidt het grootste deel een veerkrachtig en dynamisch leven, maar een relatief groot percentage is op een aantal aspecten systematisch minder tevreden, gelukkig en zelfredzaam. Zo zegt een relatief groot deel van hen (te) weinig sociale steun te ontvangen. Ook zijn ze gemiddeld minder tevreden met hun situatie op de arbeidsmarkt. Vooral Marokkanen geven vaak aan problemen te hebben bij de opvoeding van hun kinderen.

(Bron: Gemeente Utrecht 2000, 2001, GG & GD Utrecht, 1999)

2.3.2 Overeenkomsten en verschillen in de lokale rapportages

In de rapportages van de vier grote steden treffen we enkele duidelijke overeenkomsten aan. In de eerste plaats blijkt dat de inwoners van de grote steden op enkele gezondheidsaspecten minder gunstig scoren dan elders in Nederland. Met nadruk wordt in iedere stad

gewezen op het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen en de minder goede gezondheid van allochtonen. De minder goede gezondheidstoestand van de stedelijke bevolking als geheel wordt voor een groot deel toegeschreven aan de oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. Overigens is het wel zo dat er onder de allochtonen grote verschillen kunnen zijn tussen de verschillende subgroepen. Enkele steden geven aan dat ook hoger opgeleiden oververtegenwoordigd zijn. Hierdoor zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen in de grote steden zichtbaarder aanwezig dan elders. Wat ook opvalt is dat allochtonen op enkele leefstijlaspecten relatief gunstig scoren. Allochtonen roken over het algemeen minder (met uitzondering van de Turkse mannen), drinken minder en eten gezonder. Dit vertaalt zich echter niet direct in een betere gezondheid onder allochtonen. In de grote steden wordt ook zonder uitzondering het gebruik van harddrugs als een belangrijk gezondheidsprobleem beschouwd. Daarbij gaat het naast de slechte gezondheidssituatie van de drugsgebruikers zelf ook om de overlast die deze groep veroorzaakt.

De steden noemen ook nog enkele specifieke problemen. In Amsterdam valt de grote omvang van geestelijke gezondheidsproblemen op, evenals het hoge percentage rokers. In de Rotterdamse bijdrage wordt de hogere prevalentie van infectieziekten als wezenlijk probleem beschouwd. Ook het probleemgedrag van de jeugd is hier een in het oog springend probleem. In Den Haag bestaat reeds lange tijd specifieke aandacht voor suikerziekte onder Hindoestanen. Met name omdat deze groep in Den Haag zo groot is. In Utrecht bestaat veel aandacht voor leefbaarheid en veiligheid, ondanks het feit dat onduidelijk blijft of men op dit punt nu wel of niet afwijkt van de andere steden. De specifieke aandacht voor bepaalde problemen komt niet alleen doordat de problemen vaker voorkomen dan in de andere steden. De accenten die lokaal worden gelegd zijn vaak mede het gevolg van verschillen in interesses en achtergronden van de lokale professionals en politiek.

Al met al kan gesteld worden dat er tamelijk veel vergelijkbare problematiek is in de grote steden. Daarnaast zijn er lokaal toch ook accenten op enkele specifieke problemen.

2.4 Verschillen in gezondheid tussen stedelijk en niet-stedelijk gebied

S.M.A. Janssen-Jansen, F. van der Lucht, F.W.J. Otten, J.M.M. Geurts

Inwoners van grote steden zijn gemiddeld minder gezond en roken en drinken meer dan inwoners van niet-stedelijke gebieden

2.4.1 Inleiding

Diverse studies tonen aan dat inwoners van steden minder gezond zijn dan inwoners van niet-stedelijke gebieden (Van Oers et al., 1997; Verheij, 1996). Twee verschillende

mechanismen liggen mogelijk aan dergelijke verschillen ten grondslag. Het is mogelijk dat de stedelijke omgeving gezondheidsproblemen met zich meebrengt bijvoorbeeld doordat er meer stress is of meer vervuiling in de omgeving voorkomt. Ook is het mogelijk dat de verschillen voortkomen uit selectieve migratie, waarbij gezonde mensen wegtrekken uit de stad en ongezonde mensen juist blijven of naar de stad toekomen (Verheij et al., 1998). In ieder geval is het zo dat in de stad groepen met een gezondheidsachterstand, zoals bijvoorbeeld laag opgeleiden, alleenstaanden en werklozen oververtegenwoordigd zijn (zie ook paragraaf 2.2).

Grootstedelijke problematiek wordt onder meer aangepakt vanuit het grotestedenbeleid. Tot op heden richt men zich vanuit het grotestedenbeleid niet expliciet op gezondheid, terwijl er toch verschillende raakvlakken zijn. Het is derhalve interessant om te weten of ook de gezondheid van inwoners van de steden die in het grotestedenbeleid participeren, verschilt van de rest van de Nederlandse bevolking. In deze bijdrage wordt daarom ingegaan op de vraag of steden die participeren in het grotestedenbeleid verschillen van steden die niet deelnemen aan het grotestedenbeleid wat betreft de gezondheidstoestand en leefstijl. Het onderzoek is uitgevoerd met gegevens uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS (Otten & Winkels, 1998). Naast participatie van een gemeente aan het grotestedenbeleid is stedelijkheid van de gemeente ook uitgedrukt op basis van de omgevingsadressendichtheid. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en etniciteit tussen de gemeenten. Niet-gecorrigeerde cijfers staan evenals nadere informatie over gevolgde opzet en methode in het achtergronddocument (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Tabel 2.3: Samenhang tussen twee maten van stedelijkheid en gezondheid (odds ratio's) gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en etniciteit (Bron: CBS-POLS 1998-2000).

	Minder goede gezondheid	Lichamelijke beperkingen	Langdurige aandoeningen
Grotestedenbeleid			
G4	1,21*	1,23*	1,09
G21	1,15*	1,18*	1,05
G-nieuw	1,15*	1,06	1,16
Niet gsb 100.000+	1,02	0,90	1,14
Overig niet gsb	1,00	1,00	1,00
Stedelijkheid			
Zeer sterk	1,18*	1,36*	1,09
Sterk	1,10*	1,24*	1,13
Matig	1,08*	1,14	1,08
Weinig	1,02	1,21*	1,05
Niet	1,00	1,00	1,00

* statistisch significant afwijkend van 'overig niet gsb' respectievelijk 'niet stedelijk' (p < .05)

Tabel 2.4: Samenhang tussen twee maten voor stedelijkheid en determinanten van gezondheid (odds ratio's) gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en etniciteit. (Bron: CBS-POLS 1998-2000).

	Rokers	Zware rokers	Zware drinkers	Overgewicht
Grotestedenbeleid				
G4	1,42*	1,72*	1,20*	0,86*
G21	1,26*	1,36*	1,20*	0,96
G-nieuw	1,19	1,59*	1,11	1,06
Niet gsb 100.000+	0,98	1,14	0,60*	1,08
Overig niet gsb	1,00	1,00	1,00	1,00
Stedelijkheid				
Zeer sterk	1,47*	1,87*	1,07	0,79*
Sterk	1,21*	1,38*	1,07	0,90*
Matig	1,07	1,17	0,86	0,88*
Weinig	1,15*	1,23*	1,00	0,91
Niet	1,00	1,00	1,00	1,00

* statistisch significant afwijkend van 'overig niet gsb' respectievelijk 'niet stedelijk' (p < .05)

2.4.2 Resultaten

Tabel 2.3 presenteert de gezondheidskenmerken 'minder goede gezondheid', 'lichamelijke beperkingen' en 'langdurige aandoeningen'. De odds ratio weerspiegelt de kans op een gezondheidsprobleem ten opzichte van de niet-stedelijke categorie. Inwoners van de steden die participeren in het grotestedenbeleid zijn minder gezond. Bewoners in 'G4' steden hebben 21% en in 'G21' en 'G-nieuw' steden 15% meer kans op een minder goede gezondheid. De kans op een minder goede gezondheid neemt toe naarmate de stedelijkheid toeneemt. Lichamelijke beperkingen komen ook relatief vaak voor in weinig stedelijke gebieden. Inwoners in de meest verstedelijkte regio's hebben het grootste risico op lichamelijke beperkingen. In de uitgevoerde analyses is geen statistisch significante relatie waargenomen tussen het hebben van tenminste één langdurige aandoening en de mate van stedelijkheid.

In tabel 2.4 zijn de relaties tussen de twee maten voor stedelijkheid en de leefstijlaspecten roken, drinken en overgewicht weergegeven. In hoofdlijnen geldt dat naarmate de stedelijkheid toeneemt de kans dat personen rokers of zware rokers zijn groter is. In de zeer stedelijke gebieden zijn ruim anderhalf keer meer zware rokers dan in niet-stedelijke gebieden. De samenhang tussen stedelijkheid en de aanwezigheid van zware drinkers is alleen significant als stedelijkheid uitgedrukt wordt in participatie aan het grotestedenbeleid. Ten opzichte van de kleinere gemeentes die niet participeren in het grotestedenbeleid zijn in de 'G4' en 'G21' steden 20% meer zware drinkers, terwijl in de gemeentes met meer dan 100.000 inwoners minder zware drinkers zijn. De kans op overgewicht in stedelijke leefomgevingen is lager dan in de niet stedelijke gebieden.

2.4.3 Conclusie

In een stedelijke leefomgeving is de kans op een minder goede gezondheid en een ongezondere leefstijl groter dan bij bewoners in een niet stedelijke leefomgeving. Duidelijke uitzondering is de relatie met overgewicht. In stedelijke gebieden is de kans op overgewicht juist minder dan in niet-stedelijke gebieden.

De minder goede gezondheid in de grote steden is niet zonder meer het gevolg van een uit lage SES voortkomende achterstand in gezondheid. In de analyses is immers gecorrigeerd voor opleidingsniveau. Bovendien zijn in de grote steden naast personen met een lage SES ook personen met een hoge SES oververtegenwoordigd (zie paragraaf 2.2).

Opmerkelijk is dat de steden die participeren in het grotestedenbeleid zich onderscheiden van steden die niet meedoen aan het grotestedenbeleid in een minder goede gezondheid en een ongezondere leefstijl. Vooral het verschil met de vijf gemeenten met meer dan 100.000 inwoners, die niet deelnemen aan het grotestedenbeleid is interessant. Deze bevinding is een mogelijk signaal voor de overeenkomst tussen grootstedelijke problematiek en gezondheidsproblematiek. Tevens wijst dit erop dat de selectie van steden voor grotestedenbeleid vanuit de optiek van gezondheidsachterstanden kennelijk een juiste is.

2.5 Psychiatrische stoornissen in de grote steden¹

J. Spijker, R.V. Bijl, J. Dekker, J. Peen

Vooral in Amsterdam komen meer psychiatrische stoornissen voor dan elders in Nederland.

2.5.1 Inleiding

De indruk bestaat dat er in de grote steden in Europa en Amerika meer psychiatrische stoornissen voorkomen, ook al zijn de onderzoeksresultaten wat dit betreft niet geheel eenduidig. Met het materiaal uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) (Bijl et al., 1997) is het mogelijk de samenhang tussen stedelijkheid en psychische stoornissen nader te onderzoeken. In de eerste plaats is gekeken naar de samenhang met de indeling naar stedelijkheid (Peen et al., 2001). Daarnaast zijn Amsterdam en de drie overige grote steden vergeleken met de rest van Nederland (Spijker et al., 2001). In verband met de aantallen moeten in de analyses de drie andere grote steden (Rotterdam, Den Haag, Utrecht) worden samengevoegd. Hier presenteren we alleen de kansen op enkele belangrijke psychiatrische stoornissen (hoofdgroepen). Naast een korte bespreking van de samenhang met de stedelijkheid zullen de cijfers van Amsterdam en de overige drie grote steden vergeleken worden met de rest van Nederland.

¹ Deze paragraaf is gebaseerd op de eerder verschenen publicatie in TSG (Spijker J et al., Psychiatrische morbiditeit in de grote steden. TSG 79; 2001, pp 155-161.

Tabel 2.5: Psychiatrische stoornissen in Amsterdam en de overige drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland (odds ratio's) gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, SES en leefsituatie (Bron: NEMESIS).

	Amsterdam	Rotterdam, Den Haag, Utrecht	rest van Nederland
Stemmingsstoornissen	1,56*	1,02	1,00
Angststoornissen	1,55*	1,11	1,00
Stoornis in middelenafhankelijkheid	2,57*	0,65	1,00
w.o.: Alcoholafhankelijkheid	2,42*	0,53*	1,00
Drugsafhankelijkheid	4,88*	1,43	1,00
Tenminste 1 diagnose	1,98*	0,91	1,00

* statistisch significant afwijkend van 'rest van Nederland' (* p < .05)

2.5.2 Resultaten

In stedelijke gebieden komen psychiatrische stoornissen 30 procent vaker voor dan in landelijke gebieden (Peen et al., 2001). In de zeer sterk stedelijke gebieden heeft 28 procent van de bevolking in het jaar voorafgaand aan het onderzoek een psychiatrische stoornis, terwijl in weinig stedelijke gebieden 20,5 procent van de bevolking een psychiatrische stoornis rapporteert. Naarmate de stedelijkheid afneemt komen psychiatrische stoornissen minder vaak voor.

In tabel 2.5 worden de 'kansen' op een psychiatrische stoornis vergeleken tussen Amsterdam, de drie overige grote steden en de rest van Nederland. De kans op een psychiatrische stoornis in de drie (overige) grote steden wijkt niet af van die in de rest van Nederland. In Amsterdam daarentegen komen alle psychiatrische stoornissen significant vaker voor dan in de rest van Nederland. Vooral afhankelijkheid van drugs en alcohol komt relatief vaker voor in Amsterdam.

2.5.3 Conclusie en discussie

Dit onderzoek bevestigt deels dat in de grote steden meer psychische ziekte voorkomt. Opmerkelijk is dat er vooral in Amsterdam meer psychiatrische stoornissen voorkomen.

Het is niet aannemelijk dat een dergelijk patroon is toe te schrijven aan de opzet en methode van het NEMESIS-project. Ook verschillen in sociaal-demografische opbouw tussen de steden bieden waarschijnlijk slechts een beperkte verklaring (Spijker et al., 2001). Rest nog de mogelijkheid dat er specifieke stedelijkheidsfactoren zijn in Amsterdam die aangetroffen verschillen kunnen verklaren. Dergelijke factoren zouden kunnen worden gezocht in de stedelijke omgeving ofwel in het feit dat de grote stad mensen met psychische problemen aantrekt. Ook kan het zijn dat het vooral de psychisch gezonde mensen zijn die de stad verlaten. Met de thans beschikbare gegevens is het echter niet mogelijk hier een uitspraak over te doen. Wel is duidelijk dat er grote verschillen tussen steden onderling kunnen zijn in geestelijke gezondheid van de bevolking.

2.6 Sterfte in de grote steden

D.G. Uitenbroek, W.A.J.M. Swart, B.J.C. Middelkoop, E.S. Mazurkiewicz

De verslechterde levensverwachting sinds de jaren 70 in de grote steden is vooral het gevolg van selectieve uitstroom van mensen met een relatief goede gezondheidstoestand uit de steden.

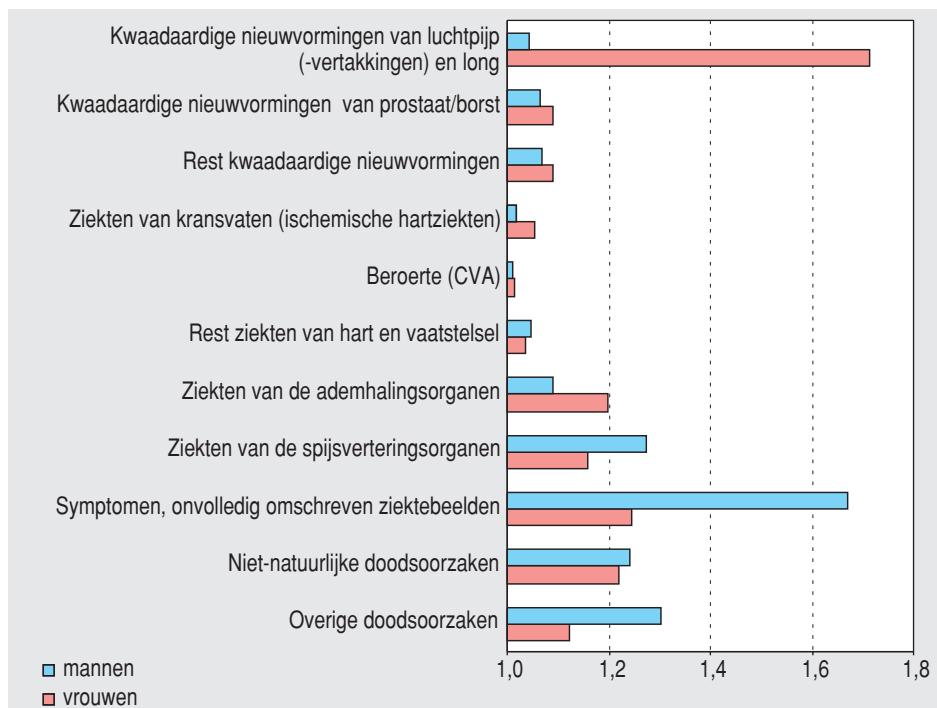
2.6.1 Inleiding

Het sterftepatroon in de vier grote steden (G4) is anders dan elders in Nederland. Ook is er een verschil in ontwikkeling in de tijd. In deze paragraaf wordt de sterfte in de G4 vergeleken met de sterfte elders in Nederland. De totale sterftcijfers worden vergeleken voor zowel mannen als vrouwen, er wordt gekeken naar de afzonderlijke doodsoorzaken, en de trend in de tijd wordt beschreven. Omdat vaak wordt verondersteld dat de verhoogde sterfte in de G4 gedeeltelijk is te verklaren vanuit de etnische samenstelling van de bevolking, is ook gekeken naar de sterfte binnen de onderscheiden etnische bevolkingsgroepen in de grote steden. Alle cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en daar waar nodig ook voor geslacht.

2.6.2 Totale sterfte en sterfte naar doodsoorzaak.

De totale sterfte lag in de G4 in de negentiger jaren ruim 11% boven de sterfte in de rest van Nederland. Zowel onder mannen als onder vrouwen is voor alle onderscheiden doodsoorzaken de sterfte in de G4 verhoogd (zie figuur 2.2). Meer dan 20% verhoging zien we voor mannen bij symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden, ziekten van de spijsverteringsorganen, niet-natuurlijke doodsoorzaken en overige doodsoorzaken (waaronder infectieziekten). Wat betreft de afzonderlijke steden (niet gepresenteerd in de figuur) blijkt de verhoogde sterfte ten gevolge van symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden hoofdzakelijk te worden veroorzaakt door de sterfte in Amsterdam. Ook de sterfte aan overige doodsoorzaken is met name in Amsterdam hoger. Sterfte als gevolg van coronaire hartziekten is verhoogd in Den Haag. De kankersterfte is iets verhoogd in Rotterdam en Utrecht.

Onder vrouwen in de G4 is de sterfte voor alle onderscheiden doodsoorzaken hoger dan elders in Nederland. De verschillen met de rest van Nederland zijn in het algemeen groter dan bij de mannen. Uitschieter is de longkankersterfte die in de G4 70% hoger ligt dan elders. Vergeleken met de mannen is verder de verhoogde sterfte in de G4 aan ziekten van de ademhalingsorganen opvallend. Net als bij de mannen is de sterfte aan symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden vooral in Amsterdam sterk verhoogd. In Amsterdam is voorts de sterfte onder vrouwen ten gevolge van niet-natuurlijke doodsoorzaken het hoogst.



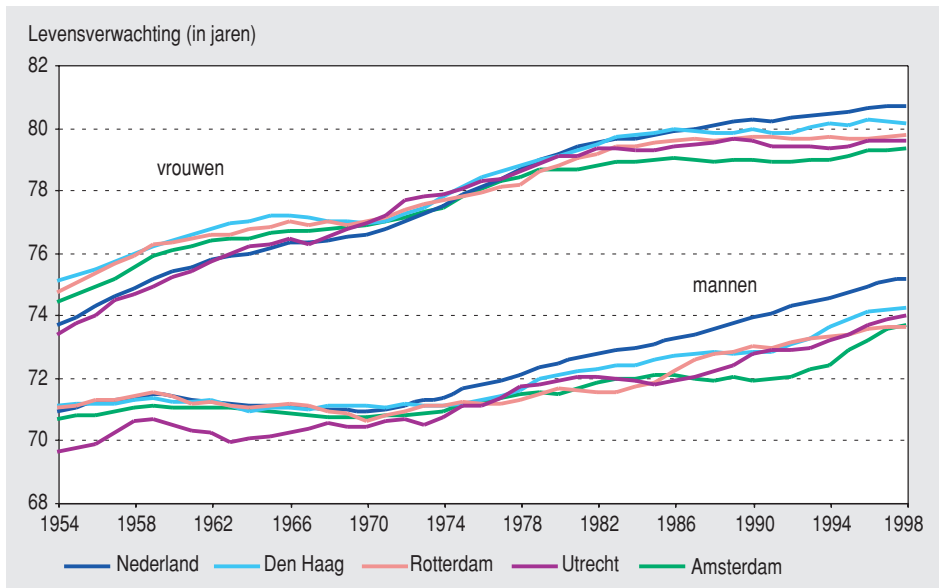
Figuur 2.2: Sterfte naar doodsoorzaak in de vier grote steden ten opzichte van de rest van Nederland (odds ratio's), 1990-1999 (Bron: CBS doodsoorzakenstatistiek).

2.6.3 Ontwikkeling van de levensverwachting in de tweede helft van de 20e eeuw

Figuur 2.3 laat de veranderingen in de levensverwachting zien over de periode 1952-2000. Gekozen is voor een presentatie van de vijfjaars-voortschrijdende gemiddelden. Hierdoor lopen de curven van 1954 tot 1998.

Wat betreft de periode vóór de jaren zeventig valt op dat voor mannen de levensverwachting in de drie grootste steden niet veel verschilde van die van Nederland; in Utrecht gold een lagere levensverwachting. Voor vrouwen lag de levensverwachting in de drie grootste steden iets hoger dan voor Nederland; in Utrecht was de levensverwachting vergelijkbaar met die van Nederland. Gedurende de jaren zeventig verandert het beeld. De levensverwachting in Nederland voor mannen neemt vrij sterk toe, maar deze ontwikkeling is niet zo sterk voor mannen die in de grote steden wonen. De stijging van de levensverwachting voor vrouwen zwakt wat af, hetgeen het best zichtbaar is in de grote steden.

De minder gunstige ontwikkeling van de levensverwachting in de grote steden hangt mogelijk samen met de sociaal-demografische ontwikkeling (zie paragraaf 2.2) in de grote steden en dan vooral de uitstroom van stadsbewoners naar de voorsteden en groei-kernen.



Figuur 2.3: Ontwikkeling in de levensverwachting van mannen en vrouwen in vier grote steden en Nederland, vijfjaarsgemiddelden (1952-2000) (Bron: sterfte per leeftijdsklasse GGD' en G4).

2.6.4 Sterfte naar etniciteit

Vaak wordt verondersteld dat allochtone groepen een lagere levensverwachting hebben vanwege hun minder gunstige sociaal-economische status. Deze veronderstelling komt echter niet overeen met de beschikbare gegevens. De sterfte onder allochtone groepen in de vier grote steden blijkt namelijk niet hoger te liggen dan onder de autochtone groepen. In de hogere leeftijdsgroepen ligt de sterfte zelfs onder de sterfte van autochtone stedelijke bevolking (zie bijlage 8). Op jonge leeftijd is sterfte onder allochtone groepen echter wel hoger dan onder autochtonen. Zo is de sterfte beneden de leeftijd van vijf jaar verhoogd in de Turkse en Marokkaanse bevolking. In de leeftijdsgroepen jonger dan 40 jaar is de sterfte over het algemeen verhoogd bij de Surinamers en Antillianen. Dit patroon: ongunstige sterftcijfers onder de (heel) jonge migranten en juist gunstiger cijfers onder de oudere migranten, is in overeenstemming met een oudere studie van het Centraal Bureau voor de Statistiek naar de sterfte in Nederland onder Turken en Marokkanen (Hoogenboezem & Israëls, 1990). Ook in verschillende buitenlandse studies wordt dit gevonden en blijkt dat juist allochtonen een hogere levensverwachting hebben dan de autochtone bevolking (Wild & McKeigue, 1997, Razum et al., 1997, Abraido Lanza et al., 1999, Weitoff et al., 1999, Uitenbroek et al., 2001). Eén van de problemen bij de berekening van levensverwachting is echter dat deze sterk afhankelijk is van de grootte van de betreffende populatie en het aantal sterfgevallen naar leeftijdsklasse. Aangezien de meeste allochtone groepen zich vrij recent in Nederland hebben gevestigd, en gegeven het feit dat de meerderheid vrij jong was toen men zich in Nederland vestigde, zijn er nog niet zoveel ouderen in de meeste allochtone groepen en dus ook niet zoveel sterfgevallen.

De bevindingen geven in ieder geval aanleiding tot aanzienlijk debat in de wetenschappelijke literatuur. Nader onderzoek naar dit verschijnsel in Nederland is gewenst.

Levensverwachting van allochtonen

Wanneer met de aanwezige cijfers levensverwachting wordt berekend zien we dat de levensverwachting onder allochtone groepen hoger ligt dan onder de Nederlandse bevolking. De berekening van levensverwachting voor de vergelijking van migrantenpopulaties staat echter ter discussie. De hogere levensverwachting is immers voornamelijk het gevolg van de lagere sterfte onder de oudere allochtonen.

Mogelijke verklaringen voor deze lagere sterfte zijn:

- er bestaan problemen in de registratie in de sterfte en de bevolkingsomvang bij allochtone groepen;
- als gevolg van migratiepatronen onder oudere allochtone groepen wordt de sterfte te laag en de bevolkingsomvang te hoog bepaald;

- allochtonen vormen een gezonde selectie uit de bevolking van het land van herkomst;
- migranten hebben een gezondere levenswijze;
- genetische factoren spelen een rol.

Het feit dat er zo kritisch wordt gekeken naar onderzoek naar sterfte onder allochtone groepen wordt vooral veroorzaakt doordat resultaten niet in overeenstemming zijn met ander onderzoek. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting in de grote steden achtergebleven bij niet-stedelijke gebieden en dan vooral de sterfte in achterstandswijken binnen de steden, terwijl hier juist veel allochtonen wonen. Ook andere gezondheidsindicatoren, zoals het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen en de ervaren gezondheid, laten een tegengesteld beeld zien. Nader onderzoek is nodig om deze paradox te verhelderen.

2.6.5 Conclusie

De vier grote steden verschillen wat betreft de sterfte op diverse punten van de rest van Nederland. In de eerste plaats zien we dat de sterfte in de grote steden 11 procent hoger ligt. Dit komt vooral doordat in de grote steden relatief veel vrouwen overlijden aan longkanker en er relatief veel mensen sterven aan ziekten van de spijsverteringsorganen, symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden, niet-natuurlijke doodsoorzaken en infectieziekten. De sterfte is echter niet altijd hoger geweest in de grote steden. In de jaren vijftig lag de levensverwachting in heel Nederland op vergelijkbaar niveau en bij vrouwen was de levensverwachting in de grote steden zelfs hoger. Vanaf de jaren zeventig treedt hier een kentering in op en blijft de levensverwachting van de bewoners van de grote steden achter bij de rest van Nederland. De verslechterde levensverwachting blijkt niet te komen door toename van het aandeel allochtonen in de grote steden. Dit alles duidt op de conclusie dat de verslechterde levensverwachting in de grote steden vooral het gevolg is van selectief vertrek uit de grote steden van mensen met een relatief goede gezondheidstoestand naar elders.

2.7 Buurtverschillen in sterfte: inkomen en stedelijkheid

A.E. Kunst, V. Bos, J.P. Mackenbach

Inkomensgerelateerde sterfteverschillen tussen buurten zijn veel groter dan de sterfteverschillen tussen grote steden en niet-stedelijke gebieden.

2.7.1 Inleiding

Het eerste doel van deze bijdrage is vast te stellen hoe groot de verschillen in sterfte zijn tussen buurten met een laag respectievelijk hoog sociaal-economische niveau. Deze relatie zal worden vastgesteld voor zowel Nederland als geheel als voor de grote steden. Het tweede doel is de omvang van sterfteverschillen tussen grote steden en niet-stedelijke gebieden te kwantificeren en vast te stellen in hoeverre deze sterfteverschillen kunnen worden verklaard uit het feit dat grote steden voor een groter deel bestaan uit buurten met een laag sociaal-economische niveau. Daarbij maken wij gebruik van de nieuwe mogelijkheden die de nationale sterftestatistiek sinds 1995 biedt om sterfteverschillen tussen buurten niet alleen voor specifieke grote steden te onderzoeken, maar voor Nederland als geheel.

Voor alle “buurten” van Nederland hebben wij gegevens verzameld over sterfte in 1995 alsmede over indicatoren betreffende onder meer de sociaal-economische samenstelling van de bevolking (met name in termen van inkomen) en stedelijkheid. Buurten zijn ingedeeld in vijf kwintielen op basis van het gemiddelde niveau van het huishoudens-equivalent inkomen.

In de analyses is gecontroleerd voor verschillen tussen buurten in de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht. Tevens is nagegaan in hoeverre de resultaten zouden veranderen indien ook gecontroleerd zou worden voor andere aspecten van de bevolkingssamenstelling van buurten (te weten percentage allochtoon, percentage alleenstaand en percentage geïnstitutionaliseerd) en voor geografische kenmerken (te weten stedelijkheid en landsdeel). Nadere informatie over de gegevens en methoden is elders te vinden (Bos et al., 2000, Kunst et al. 2001).

2.7.3 Resultaten

Levensverwachting en sterftetekans naar inkomensniveau van buurten

Tussen de armste en rijkste buurten verschilt de levensverwachting bij geboorte met 2,8 jaar voor mannen en 2,1 jaar voor vrouwen (Zie tabel 2.6). De levensverwachting neemt consistent toe met een toenemend inkomensniveau. Het zijn echter vooral de buurten in het laagste inkomenskwintiel die zich van de andere buurten onderscheiden door een lagere levensverwachting.

Tabel 2.6: Levensverwachting en sterftekansen in buurten geordend naar inkomensniveau. Nederland, alle leeftijden, 1995 (Bron: CBS-sterftestatistiek).

Inkomens- kwintiel	Levensverwachting Bij geboorte (in jaren)		Levensverwachting op de 65ste verjaardag (in jaren)		Kans om te overlijden vóór de 65ste verjaardag (in procenten)	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
1 (hoog)	76,0	81,0	15,4	19,1	13,5	8,6
2	75,2	80,7	14,9	19,0	14,8	9,1
3	74,7	80,2	14,6	18,6	16,1	9,8
4	74,2	80,0	14,6	19,0	17,6	11,2
5 (laag)	73,2	78,9	14,3	18,6	20,1	13,4
Vergelijking 5 versus 1	Verschil		Verschil		Ratio	
	2,8	2,1	1,1	0,5	1,49	1,56

In tabel 2.6 is ook de levensverwachting op de 65ste verjaardag opgenomen. Ook de oudere inwoners van rijkere buurten blijken een hogere levensverwachting te hebben dan de leeftijdsgenoten die in armere buurten wonen. Het verschil is aanzienlijk voor mannen, maar niet voor vrouwen. Nadere analyse toonde aan dat inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte klein zijn onder vrouwen in de leeftijd van 65-84 jaar, en geheel zijn verdwenen onder hoogbejaarde vrouwen.

Tabel 2.6 bevat tevens de kans dat nieuw geboren en zullen overlijden vóór het bereiken van de 65^e verjaardag. Bij mannen loopt deze kans op van ongeveer 13 procent in de rijkste buurten tot 20 procent in de armste buurten. Bij vrouwen zijn de kansen op vroegtijdig overlijden weliswaar veel lager dan bij mannen, maar ook bij hen zijn die kansen veel hoger in arme buurten (13,4 procent) dan in rijkere buurten (8,6 procent). Nadere analyse toonde dat inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte aanzienlijk zijn voor alle leeftijden tussen de 25 en 64 jaar.

Inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte worden zowel gevonden in grote steden als in niet-stedelijke gebieden. Tabel 2.7 toont relatieve risico's voor inkomenskwintielen, waarbij de sterfte in het hoogste inkomenskwintiel op 1 gesteld is. Voor Nederland als geheel neemt het relatieve risico geleidelijk toe met afnemend inkomensniveau. In de armste buurten is de totale sterfte (na controle voor leeftijd en geslacht) 13 procent hoger dan in de rijkste buurten. De sterfteverschillen binnen de gemeenten van de G4 en de G21 zijn weliswaar iets groter, maar het verschil met Nederland als geheel is niet noemenswaardig.

Ook in nadere analyses waarbij buurten werden ingedeeld op grond van omgevings-adressendichtheid, bleken inkomensgerelateerde sterfteverschillen niet kleiner te zijn in rurale gebieden dan in urbane gebieden. Verder is het van belang erop te wijzen dat het verband tussen inkomen en sterfte in grote steden iets lijkt te zijn overschat doordat buurten met veel geïnstitutionaliseerde bewoners (en daardoor een hoge sterfte) vooral

Tabel 2.7: De omvang van sterfteverschillen tussen buurten geordend naar inkomensniveau en naar type gemeente. Nederland, alle leeftijden, mannen en vrouwen tezamen, 1995 (Bron: CBS-sterftestatistiek).

Kwintiel	Relatief Risico					
	Alle gemeenten	Type gemeente				
		G4	G21	G-nieuw	> 100.000 inwoners	< 100.000 inwoners
1 (hoog)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	1,06 *	0,94	1,03	0,73*	0,99	1,08*
3	1,10 *	1,09 *	1,08*	0,84*	0,97	1,12*
4	1,10 *	1,17 *	1,11*	0,89*	1,02	1,11*
5 (laag)	1,13 *	1,15 *	1,17*	0,92	1,06	1,14 *

* statistisch significant afwijkend van hoogste kwintiel (1) ($p < .05$)

tot de armere buurten behoren. In landelijke gebieden behoren zij daarentegen vaker tot de rijkere buurten, hetgeen leidt tot een *onderschatting* van het verband tussen inkomen en sterfte.

Sterfte en deelname aan het grotestedenbeleid

De relatieve risico's in tabel 2.8 vergelijken de sterfte in gemeenten groter dan 100.000 inwoners en de gsb-gemeenten met kleinere gemeenten. Het niveau van sterfte op alle leeftijden tezamen is iets hoger in grote steden dan in niet-stedelijke gebieden, zoals ook reeds beschreven in paragraaf 2.6. Voor de G4 bedraagt het verschil 6 procent en voor

Tabel 2.8: Sterfteverschillen tussen typen gemeenten: de invloed van inkomen. Nederland, mannen en vrouwen tezamen, 1995 (Bron: CBS-sterftestatistiek).

Controle variabelen - type gemeente	Relatief Risico		
	Alle leeftijden	Leeftijd 65+	Leeftijd 0-64 jaar
<i>Alleen leeftijd en geslacht</i>			
- gemeenten < 100.000 inw	1,00	1,00	1,00
- gemeenten > 100.000 inw	1,03	1,04*	0,97
- G nieuw	1,06*	1,04*	1,17*
- G21	1,08*	1,06*	1,19*
- G4	1,06*	1,00	1,35*
<i>Tevens inkomen¹</i>			
- gemeenten < 100.000 inw	1,00	1,00	1,00
- gemeenten > 100.000 inw	1,06*	1,07*	1,03
- G nieuw	1,04*	1,02	1,11
- G21	1,02*	1,01	1,05
- G4	1,02*	0,99	1,16

* statistisch significant afwijkend van 'gemeenten < 100.000 inw.' ($p < .05$)

¹ Controle voor twee buurtkenmerken: gemiddeld huishoud equivalent inkomen en % van de bevolking met besteedbaar inkomen in de onderste 40% van de nationale verdeling.

de G21 8 procent. De oversterfte in grote steden is echter sterk leeftijdsgebonden. Sterfte onder inwoners 65 jaar en ouder is nauwelijks hoger in de grote steden, maar de sterfte op jongere leeftijden is dat wel degelijk. In de G4 is vroegtijdige sterfte 35 procent hoger, en in de overige grotestedenbeleid gemeenten ongeveer 18 procent.

Het onderste deel van tabel 2.8 toont in hoeverre de hogere sterfte in grote steden kan worden toegeschreven aan het feit dat achterstandswijken zich concentreren in grote steden. Dit is onderzocht door te corrigeren voor het inkomen van de bevolking in de buurten. Hierdoor neemt de hogere sterfte in grote steden met ongeveer de helft af. De hogere sterfte op jongere leeftijden in de G4 neemt af van 35 naar 16 procent. De hogere sterfte in grote steden weerspiegelt blijkbaar deels de inkomensgerelateerde sterfteverschillen die in heel Nederland op het niveau van buurten wordt gevonden.

Toch blijft een deel van de hogere sterfte op jongere leeftijd in grote steden onverklaard. Hoewel de 16 procent hogere sterfte in de G4 zeker niet verwaarloosbaar is, moet worden opgemerkt dat zij veel geringer is dan de sterfteverschillen in relatie tot inkomen. Inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte onder personen onder de 65 jaar bedragen ongeveer 50 procent (zie bijvoorbeeld het rechter deel van tabel 2.6). Deze verschillen zijn aanmerkelijk groter dan de 16 procent hogere sterfte van de G4.

2.7.4 Conclusies

Op grond van de analyses in deze bijdrage kunnen conclusies worden getrokken over inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte en over de verschillen naar stedelijkheid:

Over sterfteverschillen naar inkomensniveau van buurten.

- De levensverwachting in buurten met een gemiddeld laag inkomensniveau is aanzienlijk (2 à 3 jaar) *lager* dan in buurten met een hoog inkomensniveau.
- Inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte zijn vooral groot onder mannen en vrouwen jonger dan 65 jaar. Op oudere leeftijd zijn deze sterfteverschillen klein, vooral onder vrouwen.
- Inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte bestaan niet alleen tussen buurten binnen grote steden, maar worden evenzeer gevonden in niet-stedelijke gebieden.

Over sterfteverschillen naar stedelijkheid.

- Het algemeen niveau van sterfte is iets hoger in stedelijke dan in niet-stedelijke gebieden.
- In grote steden is de sterfte onder de 65 jaar aanmerkelijk hoger, maar is sterfte op oudere leeftijden nauwelijks hoger dan in niet-stedelijke gebieden.
- De hogere sterfte in grote steden kan voor ongeveer de helft worden verklaard uit het feit dat grote steden voor een groter deel bestaan uit achterstandsbuurten.

2.8 Buurtverschillen in gezondheid en rookgedrag nader beschouwd²

S.A. Reijneveld

De SES van buurtbewoners in de grote steden verklaart minstens de helft van sociaal-economische buurtverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en roken van sigaretten; daarnaast draagt mogelijk de SES van de buurt hieraan bij.

2.8.1 Inleiding

De verschillen in gezondheid (en in leefstijl) tussen welgestelde en minder welgestelde buurten kunnen het gevolg zijn van factoren op twee niveaus. Ten eerste kunnen ze eenvoudig het gevolg zijn van sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen individuen. De (individuele) sociaal-economische status van de bewoners van deze gebieden is immers gemiddeld lager en de gemiddelde gezondheidstoestand navenant. Ten tweede kunnen omgevingsgebonden factoren bijdragen aan een gemiddeld slechtere gezondheid in achterstandsgebieden. Voorbeelden van dergelijke gebiedsgebonden factoren zijn lokale milieuhinder en het voorzieningenniveau. In Nederland is nauwelijks kennis beschikbaar over de mate waarin individugebonden en omgevingsgebonden factoren bijdragen aan buurtverschillen in gezondheid en leefstijl. Alleen voor zelfgerapporteerde gezondheid zijn gegevens beschikbaar over Amsterdam en Rotterdam (Reijneveld, 1998a; Reijneveld et al., 2000; Van Oers et al., 1998). De resultaten daarvan spreken elkaar deels tegen: in beide steden bestaan buurtverschillen, maar de bijdrage van omgevingsgebonden factoren lijkt in Rotterdam groter te zijn. Door verschillen in opzet van het onderzoek zijn deze resultaten echter moeilijk vergelijkbaar.

Doel van dit onderzoek was daarom het beantwoorden van de volgende vragen:

1. In hoeverre bestaan er sociaal-economisch gebonden buurtverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag in de grote Nederlandse steden, na correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht?
2. In hoeverre kunnen deze sociaal-economisch gebonden buurtverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag worden verklaard uit individuele sociaal-economische verschillen?
3. In hoeverre is de relatie tussen sociaal-economische positie van de buurt en zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag dezelfde in de grote steden in Nederland, na correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht? En, na aanvullende correctie voor de sociaal-economische status van individuen?

² Dit onderzoek was alleen mogelijk door medewerking van GG&GD Amsterdam, GGD Rotterdam e.o., GGD Den Haag (dienst OCW), GG&GD Utrecht, GGD Eindhoven, GGD Groningen, GGD Hart voor Brabant en het RIVM.

Deze vragen zijn beantwoord door analyse van gegevens uit enquêtes die in de periode 1991-2000 zijn gehouden in zeven grote Nederlandse steden, steeds door of in samenwerking met de GGD van die stad. Het betrof gegevens over zelfgerapporteerde gezondheid en het roken van sigaretten van zelfstandig (d.w.z. niet in een zorginstelling) wonende inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Groningen en Tilburg. De analyses gaan over ruim 23 duizend bewoners van 16 jaar en ouder, en over bijna 500 buurten. Individuele sociaal-economische positie is gebaseerd op de hoogste opleiding waarvan het diploma werd behaald. Sociaal-economische positie van de buurt is gebaseerd op huisartsachterstandscore (Verheij et al., 2001), gemiddeld inkomen en percentage uitkeringsgerechtigden binnen de bevolking van 16-64 jaar (zie bijlage 7). Details over opzet en methode worden beschreven in het rapport 'Buurtverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag in de grote steden van Nederland' (Reijneveld, 2001).

2.8.2 Resultaten

De sociaal-economische positie van buurten blijkt samen te hangen met zowel zelfgerapporteerde gezondheid als met rookgedrag, na correctie voor leeftijd en geslacht. Een als matig of slecht beoordeelde gezondheid en het roken van sigaretten komen vaker voor in buurten met een ongunstige positie. Dit geldt voor alle drie maten voor de sociaal-economische positie van buurten: huisartsachterstandscore, gemiddeld inkomen en percentage uitkeringsgerechtigden. Individueel opleidingsniveau verklaart bijna de helft van de buurtverschillen zowel voor zelfgerapporteerde gezondheid als voor roken. De resultaten voor zelfgerapporteerde gezondheid worden samengevat in tabel 2.9. Belangrijk voor de interpretatie van deze tabel (en tabel 2.10) is dat 19% van de respondenten woont in een buurt met een verhoogde achterstandscore. Bij de andere twee buurtmaten

Tabel 2.9: Matige of slechte zelfgerapporteerde gezondheid naar sociaal-economische positie van buurten, odds ratio's (OR)¹ multilevel (22.725 personen in 484 buurten in zeven steden)(Bron: lokale gezondheids-enquêtes).

	Correctie voor leeftijd, geslacht en stad	Idem + opleidingsniveau
Verhoogde achterstandscore		
-niet	1,00	1,00
-wel	1,60*	1,32*
Gemiddeld inkomen		
-gunstig	1,00	1,00
-gemiddeld	1,53*	1,31*
-ongunstig	2,05*	1,60*
Percentage uitkeringsgerechtigden		
-gunstig	1,00	1,00
-gemiddeld	1,43*	1,26*
-ongunstig	1,95*	1,54*

¹ berekend met multilevel logistische regressiemodellen

* statistisch significant afwijkend van buurten met een hoge SES (p < .05)

Tabel 2.10: Roken van sigaretten naar sociaal-economische positie van buurten: odds ratio's (OR) multilevel (20.401 personen in 447 buurten in zes steden)(Bron: lokale gezondheidsenquêtes).¹

	Correctie voor leeftijd, geslacht en stad	Idem + opleidingsniveau
Verhoogde achterstandscore		
-niet	1,00	1,00
-wel	1,31*	1,19*
Gemiddeld inkomen		
-gunstig	1,00	1,00
-gemiddeld	1,27*	1,15*
-ongunstig	1,57*	1,36*
Percentage uitkeringsgerechtigden		
-gunstig	1,00	1,00
-gemiddeld	1,20*	1,10*
-ongunstig	1,39*	1,19*

¹ Voor Den Haag waren geen gegevens beschikbaar over het roken van sigaretten.

* statistisch significant afwijkend van buurten met een hoge SES (1) ($p < .05$)

woont steeds ongeveer een derde van de respondenten in een buurt met een verhoogde achterstandsscore.

De zelfgerapporteerde gezondheid van bewoners is gerelateerd aan de sociaal-economische positie van buurten in alle zeven onderzochte steden afzonderlijk. Dit geldt voor alle drie onderzochte buurtkenmerken, met name na correctie voor leeftijd en geslacht en meestal ook na aanvullende correctie voor opleidingsniveau. De sterkte van de relatie tussen buurtkenmerken en zelfgerapporteerde gezondheid wisselt echter per stad (niet in tabel).

De bevindingen voor het roken van sigaretten komen grotendeels overeen met die voor zelfgerapporteerde gezondheid (waarbij voor Den Haag geen gegevens beschikbaar zijn over dit rookgedrag). Wel is de relatie tussen sociaal-economische positie van buurten en rookgedrag zwakker dan voor zelfgerapporteerde gezondheid, zie verder tabel 2.10.

2.8.4 Conclusie en discussie

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er een relatie is tussen de sociaal-economische positie van buurten enerzijds en zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag anderzijds. Bewoners van achterstandsbuurtten rapporteren vaker een slechte gezondheid en blijken vaker sigarettenroker te zijn. Individuele sociaal-economische positie, gemeten op basis van opleidingsniveau, verklaart globaal bijna de helft van deze buurtverschillen. De bevindingen gelden voor alle zeven grote Nederlandse steden die in dit onderzoek zijn betrokken. Wel wisselt per stad de sterkte van de geschetste relatie tussen sociaal-economische positie van de buurt en gezondheidssituatie van bewoners.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat omgevingsgebonden factoren in achterstandsbuurtten mogelijk bijdragen aan de ongunstige gezondheidssituatie in die buurtten. Deze factoren hangen dan samen met een matig verhoogd risico. Buitenlands onderzoek wijst in dezelfde richting (Pickett en Pearl, 2001). Omdat het gaat om grote groepen mensen kan ook reductie van een dergelijke matig verhoogd risico toch leiden tot een grote gezondheidswinst. Niet uit te sluiten valt echter dat een deel van de gevonden samenhang tussen sociaal-economische positie van buurtten en zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag het gevolg is van incomplete meting van individuele sociaal-economische positie. De buurtverschillen zouden kleiner blijken als ook individuele sociaal-economische positie wordt gemeten met meerdere maten, bijvoorbeeld met naast opleidingsniveau ook inkomen en arbeidspositie. Eerder onderzoek laat zien dat na een dergelijke meer uitgebreide correctie voor individuele sociaal-economische positie kleinere buurtverschillen worden gevonden (Reijneveld, 1998a; Reijneveld en Schene, 1998). In dit onderzoek was het niet mogelijk na te gaan of dit het geval is. Wel laat dit onderzoek zien dat het effect van correctie voor individueel opleidingsniveau verschilt per stad.

Verschillen in de manier waarop de gegevens zijn verzameld in de zeven steden vormen een mogelijke verklaring voor de per stad wisselende sterkte van de relatie tussen sociaal-economische positie van buurtten en de gezondheidssituatie van bewoners. Daarnaast kunnen er ook 'echte' verschillen zijn tussen deze steden. Ze verschillen immers sterk in allerlei kenmerken zoals samenstelling van de bevolking, soort bedrijvigheid, etc. Een onderbouwde keuze tussen beide verklaringen is op grond van de beschikbare gegevens niet mogelijk.

Concluderend laat dit onderzoek zien dat bewoners van buurtten met een ongunstige sociaal-economische positie in de grote steden van Nederland hun gezondheid vaker als matig of slecht beoordelen en vaker sigarettenroker zijn. In deze buurtten kan dus in theorie meer gezondheidswinst worden geboekt dan in andere buurtten. Omgevingsgebonden factoren in deze buurtten dragen mogelijk bij aan de ongunstige gezondheidssituatie in deze buurtten. Dit is een extra reden om interventies juist op deze buurtten te richten. Achterstandsbuurtten zijn immers in dat geval niet alleen vindplaats maar ook oorzaak van gezondheidsverschillen.

2.9 Gezonde achterstandswijken?

F. van der Lucht, S.L.N. Zwakhals, C. Schoenmakers

Er zijn verschillende buurtten met een lage sociaal-economische status waar de gezondheid beter dan gemiddeld is. Dit blijken buurtten te zijn die landelijk wel, maar lokaal niet als achterstandswijk worden beschouwd.

2.9.1 Inleiding

In de twee voorafgaande paragrafen is beschreven dat er een duidelijke relatie bestaat tussen sociaal-economische status van een buurt en gezondheid. In deze bijdrage gaan

we in op enkele wijken die afwijken van dit algemene patroon. Wijken met een sociaal-economische achterstand en met een beter dan gemiddelde gezondheidstoestand worden vergeleken met de andere achterstandswijken. Het doel hiervan is inzicht te krijgen in relevante buurtkenmerken die met de gezondheidstoestand samenhangen. Dit biedt wellicht aanknopingspunten voor kansen voor gezondheidsbevordering in de achterstandswijken waar de gemiddelde gezondheidstoestand slecht is.

Het onderzoek is uitgevoerd in vier steden in Nederland, te weten Rotterdam, Eindhoven, Almere en Emmen. Voor het traceren van achterstandswijken is het gemiddelde inkomen per inwoner en de verhouding koop/huur gebruikt (zie bijlage 7). De gezondheidstoestand is hier bepaald door cijfers over sterfte, ervaren gezondheid en arbeidsongeschiktheid samen te voegen en in vier groepen in te delen (RIVM, 2000). Wijken die laag scoren op de sociaal-economische kenmerken maar hoog op gezondheid, zogenaamde 'gezonde achterstandswijken', zijn nader beschouwd. In de eerste plaats door gezonde en ongezonde achterstandswijken te vergelijken met gegevens over de ruimtelijke kwaliteit, milieukwaliteit, sociale kwaliteit, beleving en gezondheid die in alle buurten van deze steden verzameld zijn (zie RIVM, Milieuverkenningen 2000). Vervolgens is getracht meer informatie over de gezonde wijken in te winnen door contactpersonen in de betreffende steden te raadplegen.

2.9.2 Resultaten

In verschillende stedelijke woonmilieus (vooorlogse en vroeg-naoorlogse wijken) is duidelijk sprake van een opeenstapeling van ongunstige aspecten op verschillende terreinen. Niet alleen de kwaliteit van de leefomgeving, maar ook de waardering voor de buurt en de gezondheid blijft hier achter bij het Nederlandse gemiddelde.

Wanneer we echter de wijken met een sociale achterstand nader beschouwen, zien we dat niet iedere achterstandswijk per definitie een minder goede gezondheidstoestand kent (zie Tabel 2.11).

Tabel 2.11: Sociaal-economische status- en gezondheidsscores (in vier categorieën) van postcodegebieden in vier steden.

SES	Zeer ongezond	Ongezond	Gezond	Zeer gezond
Zeer laag (n=43)	26%	61%	14%	0%
Laag (n=25)	16%	40%	44%	0%
Gemiddeld (n=22)	6%	35%	47%	12%
Hoog (n=22)	0%	27%	64%	9%
Zeer hoog (n=19)	0%	26%	53%	21%
<i>Totaal (n=126)</i>	<i>13%</i>	<i>42%</i>	<i>39%</i>	<i>6%</i>

$\chi^2 = 41,1$; statistisch significant verband tussen SES en gezondheid ($p < .001$)

De tabel bevestigt dat er een samenhang is tussen sociaal-economische status van een wijk en de gemiddelde gezondheidstoestand, maar laat tevens zien dat zes postcodegebieden met een zeer lage sociale status een gemiddeld goede gezondheidstoestand heeft (14%). Ook aan de andere kant van het spectrum zijn er uitzonderingsgebieden: onder gebieden met een zeer hoge status bevinden zich vijf gebieden (26%) met een slechte gezondheidstoestand.

In een volgende stap is specifiek gekeken naar de 43 postcodegebieden met een lage sociaal-economische status. De zes postcodegebieden met een goede gezondheidstoestand zijn vergeleken met de 37 andere postcodegebieden met een (zeer) slechte gemiddelde gezondheidstoestand. In de eerste plaats is gekeken of het verschil tussen de wijken verklaard kan worden door de beschikbare buurtkenmerken over de ruimtelijke kwaliteit, de milieukwaliteit, de sociale kwaliteit en de beleving van de woonomgeving. Opmerkelijk is dat vrijwel geen van deze onderzochte buurtkenmerken samenhangt met gezondheidstoestand. Alleen de variabele renovatie blijkt significant ($p < .05$) samen te hangen met de gezondheidstoestand in die zin dat de gezonde achterstandswijken allemaal grootschalig gerenoveerd zijn. Daartegenover staat dat van de ongezonde achterstandswijken ook bijna de helft is gerenoveerd. Van de 23 gerenoveerde achterstandswijken zijn er 6 gezond (26%). Dus renovatie is niet succesvol in alle typen woonwijken. Van de gezonde achterstandswijken behoren twee tot het centrum stedelijke type, één is vooroorlogs en de andere drie zijn stedelijk laatnaoorlogs. Onder de stedelijke vroegnaoorlogse wijken in de vier steden zijn *geen* gezonde achterstandswijken.

De gezonde 'achterstandswijken' nader beschouwd

Van de gezonde achterstandswijken bevinden zich vijf in Rotterdam en één in Eindhoven. Dit zijn ook de steden waar de meeste achterstandswijken zijn (respectievelijk 28 en 11). In Almere en Emmen zijn respectievelijk 4 en 3 achterstandswijken, maar in al deze zeven wijken zijn de bewoners gemiddeld *ongezond*.

De 'achterstandswijk' in Eindhoven is een stedelijke laatnaoorlogse wijk ten westen van het centrum. Uit nadere informatie over deze wijk van de gemeente Eindhoven (GGD) blijkt dat deze wijk lokaal niet als achterstandswijk wordt aangemerkt. Dat is vooral omdat de wijk behalve wat inkomen betreft op een heleboel andere kenmerken wél gunstig scoort ten opzichte van andere wijken.

In Rotterdam liggen alle gezonde 'achterstandswijken' ten noorden van de Maas. Evenals in Eindhoven herkennen de deskundigen in Rotterdam in de gevonden wijken niet direct achterstandswijken. De wijken verschillen op diverse punten van wijken die lokaal wel als achterstandswijk worden beschouwd. Enkele factoren die worden genoemd zijn:

- Aantrekkelijke buurtkenmerken: winkelstraat, karakteristieke woningen, 'witte dorp', monumentenpandjes, sfeer van de buurt;
- Aanwezigheid van interventies: netwerk jeugd en geestelijke gezondheidszorg, zorgnetwerk;
- Sociale cohesie;
- Stadsvernieuwing/renovatie.

Mogelijk zijn dit ook verschillen die bijdragen aan het feit dat de wijken lokaal niet als achterstandswijk worden beschouwd.

2.9.3 Conclusie en discussie

Uit de hier uitgevoerde analyses komt naar voren dat er ook wijken zijn met een sociaal-economische achterstand waarvan de bevolking gemiddeld een goede gezondheidstoestand heeft. Deze bevinding wordt echter gerelativeerd door het feit dat de achterstandsbuurtten niet (geheel) overeenkomen met de achterstandswijken, zoals die zijn aangemerkt door de betreffende gemeenten. Gesuggereerd is dat de wijze waarop de achterstandswijken in onze analyse zijn bepaald, namelijk alleen met de indicatoren inkomen en verhouding in koop/huur woningen, te beperkt is en dat deze wijken zich vooral gunstig onderscheiden in andere sociaal-economische kenmerken. Daarom is door ons vervolgens ook gekeken naar andere sociaal-economische kenmerken zoals het percentage allochtonen en het werkloosheidspercentage in de buurten. Het gebruik van deze kenmerken resulteert in min of meer dezelfde achterstandswijken. Het wezenlijke verschil wordt vooral veroorzaakt door het perspectief dat wordt gebruikt bij de indeling van achterstandswijken. Wanneer wijken naar achterstand worden ingedeeld vanuit een *landelijk* perspectief worden vooral veel wijken in de grote steden tot de achterstandswijken gerekend. Vanuit *lokaal* oogpunt zullen verschillende van deze wijken niet tot de achterstandswijken worden gerekend omdat ze wat betreft sociaal-economische positie niet zo ver onder het *gemeentelijke* gemiddelde liggen. Vooral onder deze wijken zijn enkele uitzonderingswijken, waarvan de bewoners gemiddeld goed gezond zijn.

Dit betekent echter niet dat het aangetroffen fenomeen van gezonde 'achterstandswijken' een volledig artefact is. Betreffende wijken hebben immers vanuit het landelijk perspectief wel degelijk een sociaal-economische achterstand. De opgave om te verklaren waarom nu juist in deze wijken de gezondheidstoestand beter dan gemiddeld is blijkt geen eenvoudige. Wat opvalt is dat de gezonde achterstandswijken zonder uitzondering recent zijn gerenoveerd. Maar renoveren alleen blijkt, zoals gezegd, niet voldoende. Voor het beleid is een belangrijke bevinding dat vooral de situatie in de vroegnaoorlogse wijken een belangrijk punt van aandacht dient te zijn. Daar komen, ondanks renovatie, geen 'gezonde achterstandswijken' voor.

Overigens kan het feit dat mensen door renovatie gedwongen worden (door nog niet bebouwde plekken en duurdere nieuwe woningen) de wijk te verlaten 'statistisch' leiden tot vermindering van de achterstand in een wijk, maar dit wil niet zeggen dat individuele problemen zijn opgelost (Duyvendak & Hortulanus, 1999). Renovatie brengt vaak een huurverhoging met zich mee die door armere (en ongezondere) groepen niet is op te brengen. Dit werkt selectie in de hand en resulteert in verbetering van het wijkgemiddelde, maar voor de weggetrokken bewoners is er geen sprake van verbetering.

2.10 Aangrijpingspunten voor beleid

Verschillen in gezondheid zijn groter binnen de steden dan tussen steden (Kunst et al.). Zo is de kans om voor het 65e levensjaar te overlijden in een achterstandswijk 50 procent groter dan in een welgestelde wijk, terwijl dezelfde kans in de vier grote steden 16 procent hoger ligt dan in niet-stedelijke gemeenten. De 50 procent is wellicht nog een onderschatting van de werkelijke verschillen aangezien de door Kunst onderscheiden achterstandswijken op lokaal niveau niet allemaal tot de achterstandswijken worden gerekend (zie van der Lucht et al.).

Duidelijk is dat de wijk een belangrijke rol speelt bij gezondheidsproblematiek in de grote steden. Enerzijds is de wijk *vindplaats* van gezondheidsachterstanden. Anderzijds is het wonen in wijk ook de *oorzaak* van gezondheidsproblemen.

De minder goede gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken van grote steden is deels een weerspiegeling van aanwezige sociaal-economische gezondheidsverschillen en allochtonenproblematiek, die in grote steden in versterkte mate voorkomen. In grote steden wonen meer mensen met een lage sociaal-economische status en meer allochtonen die in sterke mate geconcentreerd zijn in achterstandswijken (Knol & Verkleij). Dit is het gevolg van verschillende selectieve migratieprocessen. De hiermee verbonden gezondheidsachterstanden kunnen worden bestreden door oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen aan te grijpen en de gezondheid van allochtone bevolkingsgroepen te verbeteren.

De gezondheidstoestand van allochtonen hangt voor een groot deel samen met met een gemiddeld lage sociaal-economische status en daarnaast met het migrant-zijn (CBS, 2000; Menke et al., 2000, Wersch et al., 1997; den Brok 1997). Riskante leefgewoonten variëren sterk onder allochtonen. Onder subgroepen zijn enkele leefgewoonten gezonder dan onder de autochtone bevolking. De gezondheidstoestand van allochtonen en sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn in de grote steden in toenemende mate met elkaar verweven

Het Globe-onderzoek heeft veel inzicht opgeleverd over de tussenliggende factoren in de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid. Met name ongunstige materiële omstandigheden, ongezonde gedragingen en ongezonde psychosociale factoren vormen belangrijke aangrijpingspunten voor het beleid (programmacommissie SEGV-II, 2001). In bepaalde wijken is de situatie minder gunstig op genoemde aspecten: er wordt minder gezond geleefd, men ervaart meer stress en kan daar minder goed mee omgaan en de arbeids- en woonomstandigheden zijn minder gunstig. In die zin is de wijk vooral de *vindplaats* van gezondheidsachterstanden. Dit effect staat bekend als het zogenaamde compositie-effect: door de samenstelling van een wijk zien we dat de gemiddelde gezondheid van de bewoners achterblijft bij andere wijken.

Naast het compositie-effect er een zogenaamd contextueel effect, hetgeen er op wijst dat het wonen in een bepaalde wijk ook de *oorzaak* van gezondheidsachterstanden kan zijn

(zie Reijneveld, 2001). MacIntyre en Ellaway (2000) komen tot vijf mogelijke type oorzaken op buurtniveau, namelijk:

- Fysieke aspecten van de omgeving, waaraan alle inwoners van een buurt zijn blootgesteld. Dit omvat factoren als luchtverontreiniging, waterkwaliteit enzovoort. Zo zijn er buurten waar alle bewoners worden blootgesteld aan een grote mate van geluidhinder doordat ze liggen in de buurt van belangrijke verkeersaders.
- Beschikbaarheid van een gezonde omgeving thuis, op het werk en om te spelen. Wijken kunnen variëren in woningkwaliteit en de kwaliteit van bijvoorbeeld speelplaatsen. In tegenstelling tot de hierboven genoemde aspecten worden niet alle bewoners aan deze factoren blootgesteld.
- Publieke en private voorzieningen voor de dagelijkse activiteiten. Het betreft voorzieningen op het gebied van onderwijs, inrichting van de openbare ruimte, verkeer en vervoer, gezondheidszorg enzovoort. Persoonlijke omstandigheden bepalen in welke mate deze factoren van invloed zijn op gezondheid.
- Sociaal-culturele aspecten van een buurt. Het gaat hier om heersende normen en waarden in een buurt, de mate van sociale integratie, mate van criminaliteit, veiligheid en sociale netwerken.
- De reputatie van een buurt. De perceptie van een buurt door de bewoners zelf en buitenstaanders kan een belangrijke invloed hebben op een gebied en het zelfbeeld van de bewoners.

Al deze factoren sluiten elkaar niet wederzijds uit en kunnen met elkaar interacteren. Deze kenmerken van de fysieke en sociale omgeving bevorderen of bedreigen de gezondheidstoestand direct of indirect door de mogelijkheden die er zijn voor bewoners om een gezond leven te leiden (MacIntyre en Ellaway, 2000). Het wonen in een bepaalde wijk beïnvloedt in feite de kansen die men heeft om een gezond leven te leiden. In een omgeving waarin ongezonde leefwijzen de overhand hebben is het veel moeilijker om als individu wel gezond gedrag te vertonen.

In onderzoek (Sooman, 1993) in Schotland is zelfs aangetoond dat ook het aanbod van gezonde voeding in armere wijken achterblijft en dat de prijs van deze producten in deze wijken hoger ligt. Zo zijn er diverse mechanismen denkbaar, waarbij fysieke en sociale omgeving interacteren en los van individuele kenmerken van invloed zijn op de gezondheidstoestand.

De kansen op wijkniveau weerspiegelen zich ook in de constatering dat er ook wijken met een gemiddeld laag inkomen zijn die wel goed scoren op gezondheid (zie van der Lucht et al.). Dat deze buurten op *lokaal* niveau niet tot de 'echte' achterstandswijken worden gerekend is wellicht mede toe te schrijven aan het feit dat dit toch kansrijke buurten zijn. Blijkbaar zijn dit buurten die toch een betere reputatie hebben dan de andere achterstandswijken.

Bij zowel het compositie- als het contextuele effect kunnen omgevingskenmerken een rol spelen. Bij het compositieeffect betreft het de 'individuele' omgevingskenmerken, die ook iemand met een lage SES een in een gemiddeld welgestelde wijk kunnen treffen. Bij het contextuele effect zijn meerdere mensen in de nabije omgeving (buurt) aan

hetzelfde buurteffect blootgesteld. Iemand met een lage sociaal-economische status in een achterstandswijk ondervindt de nadelige effecten van het wonen in die wijk. Dat geldt ook voor iemand met een hoge SES die in zo'n buurt woont. Woont iemand met een lage SES in een meer welgestelde wijk, dan zal er geen nadelige invloed zijn van het wonen in die buurt. Wel kunnen de (persoonlijke) woon- of werkomstandigheden een rol blijven spelen bij het ontstaan van een gezondheidsachterstand.

3 WAT DOEN WE AAN DE PROBLEMEN IN DE GROTE STEDEN?

Kernboodschap

Mogelijkheden tot het verbeteren van de gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken in de grote steden liggen grotendeels buiten de volksgezondheidssector. Ook andere beleidssectoren kunnen hier een substantiële bijdrage aan leveren. Kansen liggen vooral binnen het grotestedenbeleid, waar het verbeteren van gezondheid nog geen expliciet onderdeel van is.

Veel mogelijkheden voor toekomstige gezondheidswinst in de grote steden, zowel voor de bevolking als geheel als voor achterstandsgroepen, liggen buiten het bereik van de volksgezondheidssector. Een aantal recente adviesrapporten op het gebied van de volksgezondheid wijzen allen op de kansen die er buiten de gezondheidszorg liggen. In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door verbeteringen in de leefomgeving en leefomstandigheden van bevolkingsgroepen: betere huisvesting en scholing, betere werkomstandigheden en sociale zekerheid, op hun beurt weer mogelijk gemaakt door een hogere welvaart.

Voorals het grotestedenbeleid biedt veel mogelijkheden voor de aanpak van grootstedelijke gezondheidsproblemen, omdat hierin de intersectorale samenwerking en de integrale oplossing van complexe achterstandsproblemen centraal staan. Mits succesvol zal dit algemene achterstandsbeleid naar verwachting op termijn ook gezondheidswinst voor de bewoners van achterstandswijken opleveren. Het verbeteren van de gezondheid in achterstandswijken is op dit moment echter nog geen zelfstandig doel van het grotestedenbeleid. Daardoor worden kansen gemist. Vanuit de volksgezondheidssector wordt de noodzaak tot samenwerking gevoeld. Zo bevat het onlangs afgesloten Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg voor het eerst afspraken om samenwerking tussen het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid vorm te geven.

Als de verbetering van de gezondheid een expliciet doel wordt van het grotestedenbeleid, kan de beschikbare gezondheidskundige kennis over de invloed van de fysieke, economische en sociale omgeving op de gezondheid beter worden toegepast en verder worden ontwikkeld. Daarbij gaat het om de kennis over de bevordering van gezond gedrag, de deelname aan preventieve zorg, het verbeteren van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg en verbetering van de leefomgeving in de achterstandswijken van de grote steden. Participatie en empowerment van de bevolking kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

De grote steden verschillen in de mate waarin het gezondheids- en grotestedenbeleid op elkaar betrokken zijn. Aanzetten voor meer wederzijdse betrokkenheid zijn in wisselende mate aanwezig. Voor de verbetering van de gezondheidstoestand van de bewoners van achterstandswijken in de grote steden zijn maatregelen op landelijk en lokaal niveau beide nodig. Dat vergt samenwerking en samenhang op alle beleidsniveaus.

Er lopen al zeer veel tijdelijke lokale interventieprojecten gericht op de bevordering van de gezondheid in achterstandswijken in de grote steden, waar veel van geleerd kan worden. We weten echter te weinig over de effecten van deze projecten, zodat de steden nog te weinig van elkaar kunnen leren. Bovendien missen deze projecten veelal een structurele basis, waardoor bemoedigende resultaten geen vervolg kunnen krijgen.

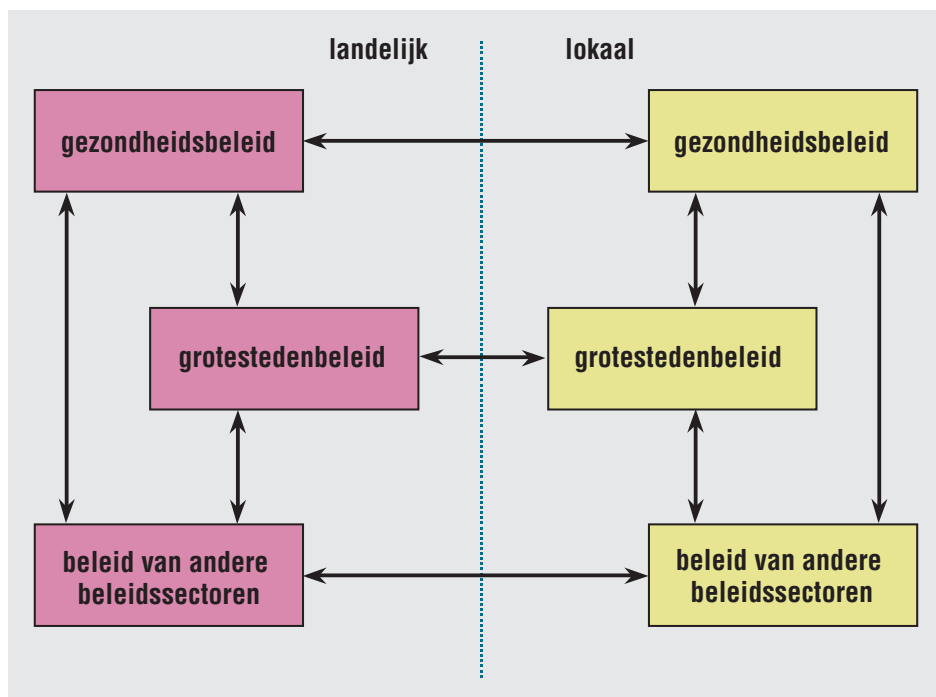
3.1 Introductie

Dit hoofdstuk gaat in op beleidsmaatregelen en concrete interventieprojecten die (kunnen) worden ingezet om de gezondheidstoestand van inwoners van achterstandswijken in de grote steden te beïnvloeden. In de conclusie van het vorige hoofdstuk werden drie, deels met elkaar samenhangende aangrijpingspunten genoemd om de situatie te verbeteren: de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen, de verbetering van de gezondheidstoestand van allochtonen, en de verbetering van de fysieke, economische en sociale structuur van achterstandswijken. Niet al deze aangrijpingspunten zijn even gemakkelijk of op dezelfde manier beïnvloedbaar door beleid.

Het Ministerie van VWS probeert de gezondheidstoestand van allochtonen vooral te verbeteren door de culturele toegankelijkheid en de kwaliteit van de curatieve en preventieve gezondheidszorg meer op deze bevolkingsgroep af te stemmen (interculturalisatie van de zorg). Daarnaast is er beleid gericht op integratie van minderheden. De vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen is een complexe beleidsopgave, waarbij een goede toegankelijkheid van de zorg, bevordering van gezond gedrag en verbetering van leefomstandigheden van belang zijn. De verbetering van de fysieke, economische en sociale structuur van achterstandswijken in de grote steden is een belangrijk doel van het landelijke grotestedenbeleid en van het lokale beleid binnen de grote steden zelf, waarin veel beleidssectoren samenkomen. Selectieve migratieprocessen spelen een belangrijke rol bij de concentratie van gezondheidsproblemen in achterstandswijken en kunnen de daar aanwezige problematiek versterken, maar er is geen actief spreidingsbeleid van bevolkingsgroepen binnen Nederland. Dat is ook niet wenselijk zolang er geen ghettovorming dreigt te ontstaan. Wel wordt gestreefd naar een evenwichtiger woningbestand, en zo *indirect* naar een evenwichtiger verdeling van bevolkingsgroepen binnen gemeenten. Nederland kent wel een landelijke immigratiepolitiek en een spreidingsbeleid voor asielzoekers.

Niet al deze beleidsvelden komen in dit hoofdstuk aan bod. We besteden vooral aandacht aan het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en het wijkgericht beleid. De nadruk ligt hierbij op maatregelen die gericht zijn op de verbetering van de fysieke en sociale leefomgeving. Daarnaast is er ook aandacht voor collectieve preventie en bevordering van gezond gedrag.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 3.2 wordt het landelijk beleid beschreven. Allereerst wordt ingegaan op het public health beleid van het Ministerie van VWS, waaronder het facetbeleid en het SEGV-beleid. Daarna wordt ingegaan op het grotestedenbeleid. Veel landelijk beleid is gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarom komt in paragraaf 3.3 het lokale beleid aan de orde: allereerst het lokale gezondheidsbeleid en daarna het grotestedenbeleid, en daarbinnen, omdat de gezondheidsproblemen in achterstandswijken geconcentreerd zijn, steeds het wijk- en buurtgerichte interventiebeleid. In beide paragrafen wordt de samenhang en samenwerking tussen het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid en hun relatie met andere beleidssectoren in beeld gebracht. In paragraaf 3.4 wordt ingegaan op de samenhang tussen landelijk en lokaal beleid. Figuur 3.1 brengt de verschillende beleidsniveaus die in dit hoofdstuk centraal staan, met elkaar in verband. Paragraaf 3.5 gaat in op de uitvoeringspraktijk: de interventies die voortvloeien uit het beleid. Een deel hiervan bestaat uit wijkgerichte interventies. Daarvan worden enkele landelijk bekende voorbeelden gegeven.



Figuur 3.1: Relaties tussen beleidsvelden.

3.2 Landelijk beleid

Op dit moment is gezondheidsbeleid nog geen expliciet onderdeel van het grotestedenbeleid, terwijl er wel een grote verwantschap is in uitgangspunten en werkwijzen. Zo zijn beide beleidsgebieden gericht op achterstanden, en is er in beide gevallen sprake van intersectorale samenwerking en decentralisatie.

3.2.1 Landelijk gezondheidsbeleid

In de jaren zestig en zeventig stond het landelijke volksgezondheidsbeleid vooral in het teken van ontwikkelingen in de curatieve zorg (Mackenbach, 1992). Preventie en gezondheidsbevordering kregen in de jaren tachtig een tijdelijke stimulans door de nota 2000, waarop in de jaren negentig een bescheiden vervolg werd gegeven met de nota Gezond en Wel (WVC, 1986; VWS, 1996). De afgelopen jaren is er opnieuw een opleving van het gezondheidsbeleid. Dit komt onder andere tot uiting in de lopende vernieuwing van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de adviezen van de commissie Lemstra over de versterking van de openbare gezondheidszorg, het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) over facetbeleid (RVZ, 2000) en het advies van de commissie Albeda over de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Programmacommissie SEGV-II, 2001). Het Ministerie van VWS blijft dan ook het belang van preventie regelmatig onder de aandacht brengen, onlangs nog in de Verkenningen Zorg met Toekomst (VWS, 2001).

Alle genoemde recente initiatieven en adviezen verwijzen naar elkaar en hangen nauw met elkaar samen. De meeste besteden echter geen of slechts zijdelings aandacht aan de positie van de grote steden. Dit heeft te maken met de decentralisatie van veel gezondheidsbeleid naar het gemeentelijk niveau: dat beleid moet toepasbaar zijn voor *alle* gemeenten. Ondanks de uniforme regeling van gedecentraliseerd beleid, nemen de grote steden in de praktijk een aparte positie in. Dat geldt vooral voor de vier grote steden. In sommige adviezen en initiatieven worden de grote steden echter wel apart genoemd.

Openbare gezondheidszorg en collectieve preventie

Er zijn enkele recente landelijke vernieuwingen in de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie die voor alle gemeenten en dus ook de grote steden van belang zijn:

- de vaststelling van een aantal gemeentelijke basistaken op het terrein van de collectieve preventie, waardoor dit takenpakket duidelijker wordt (VWS, 1998);
- de voorgenomen integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen, waarmee ook de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen onder verantwoordelijkheid van de gemeenten komt (VWS, 2000);
- de verplichting voor alle gemeenten om periodiek (eens in de vier jaar) een nota gezondheidsbeleid uit te brengen (VWS, 2000).

Het Ministerie van VWS heeft de laatste jaren bovendien een aantal stimulerende maatregelen genomen om de openbare gezondheidszorg extra te ondersteunen, zoals het

project Versterking Gemeentelijk Gezondheidsbeleid, cursussen Lokaal Gezondheidsbeleid bij de Netherlands School of Public Health, het onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma Gezond Leven bij ZON-MW, en tenslotte het pas opgerichte Fonds Openbare Gezondheidszorg voor de stimulering van innovatieve projecten op dat terrein (VWS, 2000; Thien, 2001). Recent is het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg ondertekend door vier partijen (VWS, BZK, GGD-Nederland en VNG). Dit bevat een actieplan voor de komende twee jaar (Stuurgroep Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, 2001).

Gezondheidsfacetbeleid

Voor de problematiek in de grote steden zijn meerdere beleidsterreinen relevant, waaronder wonen, ruimtelijke ordening, sociale zekerheid, openbare orde en veiligheid en onderwijs. Van beleid op deze terreinen gaan bedoeld of onbedoeld gezondheidseffecten uit. Deze kunnen zowel positief als negatief uitwerken voor de bevolking als geheel of voor specifieke achterstandsgroepen in het bijzonder. Verschillende ministeries kennen dan ook een historie waarin gezondheidsbescherming een belangrijk motief is geweest bij de totstandkoming van wetgeving op het eigen beleidsterrein. Dat is bijvoorbeeld goed herkenbaar in de Nota Wonen (VROM, 2000) en in de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening (VROM, 2001).

Gezondheidsfacetbeleid richt zich vanuit de gezondheidssector op het beïnvloeden van beleid in andere sectoren. Traditioneel zijn er vanuit het VWS-gezondheidsbeleid vooral contacten met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieu (WVC, 1992).

Om te beoordelen of beleidsvoornemens toch onbedoelde negatieve gezondheidseffecten voor bepaalde bevolkingsgroepen kunnen hebben, worden sinds enkele jaren door de Netherlands School of Public Health (NSPH) zogenaamde Gezondheids Effect Screeningen (GES) op relevant geachte beleidsnota's uitgevoerd (NSPH, 2000). Een GES wordt uitgevoerd op beleidsvoornemens, maar brengt niet de mogelijkheden in beeld die andere beleidssectoren hebben om de gezondheid te bevorderen. Dat vergt een ander type exercitie, die ook wel de 'omgekeerde' GES wordt genoemd. Om na te gaan welke beleidsterreinen van andere ministeries *kansen* bieden om de gezondheid van bevolking(sgroepen) op een positieve manier te *bevorderen* heeft het RIVM onlangs een 'omgekeerde GES' exercitie uitgevoerd (Van der Lucht & Jansen, 1999).

Tot nu toe ligt het hoofddaccent in het gezondheidsfacetbeleid vooral op bescherming van de volksgezondheid tegen gezondheidsbedreigingen. Het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) 'Gezond zonder zorg' bepleit overtuigend om veel meer nadruk dan in het verleden op *bevordering* van de gezondheid te leggen, en onderstreept de wederzijdse winst die facetbeleid kan opleveren: volksgezondheid kan meehelpen maatschappelijke problemen in andere sectoren op te lossen, en omgekeerd kunnen andere beleidssectoren helpen om gezondheidsproblemen op te lossen. Win-win situaties liggen bijvoorbeeld rond het terugdringen van werkloosheid en arbeidsmarktkrapte, het verminderen van het beroep op sociale zekerheid, de armoede-

bestrijding, de verkleining van uitval uit het onderwijs en de criminaliteitspreventie. Het terugdringen van afwentelingseffecten uit andere beleidssectoren, door bijvoorbeeld te streven naar minder ongevallen, arbeidsongeschiktheid, milieuverontreiniging en sportblessures, moet daarbij echter niet vergeten worden (RvZ, 2000).

De RvZ adviseert het ministerie van VWS meer te investeren in samenwerking rond facetbeleid en daarbij vooral een stimulerende rol spelen. Hiervoor is nodig dat de bevoegdheden van VWS versterkt worden, zodat deze meer in overeenstemming komen met de verantwoordelijkheden die het Ministerie heeft. De RvZ beveelt bovendien aan dat de GES ook door andere ministeries en door de Tweede Kamer kunnen worden geïnitieerd (RvZ, 2000).

Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)

In het landelijke beleid van het ministerie van VWS krijgt het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen al geruime tijd aandacht. Na het verbeteren van de gezonde levensverwachting is het verminderen van (sociaal-economische) gezondheidsverschillen de tweede doelstelling van het landelijke gezondheidsbeleid (VWS, 1995).

De afgelopen tien jaar is het SEGV-beleid vooral gericht geweest op het instandhouden van een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen en op het verkrijgen van meer inzicht in de oorzaken van SEGV zodat op basis daarvan meer gericht beleid kan worden uitgevoerd. De onderzoekslijn is door twee achtereenvolgende commissies, elk met een termijn van vijf jaar, vorm gegeven: de commissies SEGV-I en SEGV-II, respectievelijk onder leiding van de heren Ginjaar en Albeda. De commissie Albeda is door de minister van VWS speciaal ingesteld om te adviseren over de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) in Nederland.

De commissie Albeda beveelt maatregelen aan die gericht zijn op het bevorderen van gezond gedrag en het behouden van de toegankelijkheid van zorg voor lage SES-groepen. Daarnaast beveelt de commissie vooral landelijke maatregelen in andere beleidssectoren aan: intensiveren van het armoedebeleid, continueren van het onderwijsachterstanden beleid, handhaven van het uitkeringsniveau voor arbeidsongeschikten, bevorderen van arbeidsdeelname van arbeidsongeschikten, verminderen van de fysieke arbeidsbelasting in fysiek zware beroepen en het verbeteren van de mogelijkheden van werknemers om controle uit te oefenen over de eigen werkkuitvoering (Programmacommissie SEGV-II, 2001).

Landelijk gezondheidsbeleid en de grote steden

In de WCPV komt het streven van de landelijke overheid naar decentralisatie van het gezondheidsbeleid tot uiting. De WCPV geldt voor *alle* gemeenten en geeft géén aparte positie aan de grote steden. Toch nemen de grote steden op een aantal punten wel een specifieke en een vooruitgeschoven positie in. De grote steden hebben in de praktijk van de uitvoering van de WCPV een groter apparaat ter beschikking vanwege de omvang van de bevolking, de omvangrijkere gezondheidsproblematiek en doordat zij

een aantal regionale coördinerende taken hebben. Dat is mede te danken aan het feit dat de GGD'en in het begin van de vorige eeuw ook het eerst in de grote steden zijn ontstaan (Israëls & Mooij, 2001).

Enkele andere voorbeelden van de vooruitgeschoven positie van de grote steden zijn de volgende: Zo is het VWS-voorstel om de integratie van de jeugdgezondheidszorg in de vier grote steden al in gang te zetten, ook al is de nieuwe WCPV nog niet aangenomen door het parlement. De medisch-milieukundige zorg die beschikbaar is voor alle gemeenten, is vooral aanwezig bij GGD'en in en rond een aantal grote steden. De rijksbijdrage voor de maatschappelijke opvang wordt momenteel aan 43 centrumgemeenten toegeedeeld, die verantwoordelijk zijn voor het regionaal beleid (Wolf et al., 2000). De gelden voor de sluitende 24-uursopvang voor mensen die overlast veroorzaken en hulp nodig hebben, zijn verdeeld over de G25. Dat geldt ook voor het samenvoegen van de gelden die bestemd zijn voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg (GSI, 2000).

In het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg worden de grote steden wel expliciet genoemd. In het contract is afgesproken dat de ministeries van VWS en BZK de landelijke nota over openbare gezondheidszorg die in juli 2002 zal uitkomen, samen met de gemeentelijke nota's over openbare gezondheidszorg, zullen gebruiken tijdens de volgende convenantsperiode van het grotestedenbeleid die in 2004 van start gaat. De VNG zal de resultaten van de invulling van de openbare gezondheidszorg, zoals die in de grote steden gestalte krijgt, uitdragen naar alle gemeenten.

Intensivering van de samenwerking vanuit VWS met het grotestedenbeleid past duidelijk in het streven naar synergie dat de RVZ voorstelt. Het grotestedenbeleid biedt VWS de mogelijkheid om zijn contacten met andere beleidssectoren te verbreden.

De commissie Albeda doet een aantal voorstellen die speciaal op de grote steden en het grotestedenbeleid zijn gericht of daar dicht tegenaan liggen, en stelt: "In het grotestedenbeleid zal veel meer dan tot nu toe gebeurt, aandacht dienen te worden besteed aan gezondheidsbevordering in achterstandsbuurtten. Verschillende componenten van dit beleid, bijvoorbeeld verbetering van woonomstandigheden, zullen *als vanzelf (cursive-ring RIVM)* bijdragen aan verbetering van de gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status. De positieve gezondheidseffecten van dit beleid kunnen echter aanzienlijk worden versterkt door het aanhaken van specifieke gezondheidsbevorderingsprogramma's (met name gericht op gezond gedrag), en door ondersteuning van eerstelijnsgezondheidszorg (met name ten behoeve van de uitvoering van systematische preventie en begeleiding van chronisch zieken)."

De commissie Albeda denkt hierbij ook aan het belang van de woonomgeving voor de gezondheid, maar is terughoudend met concrete aanbevelingen hierover: "het is niet duidelijk welke elementen in de woonomgeving vooral verantwoordelijk zijn. Dus kunnen geen concrete doelstellingen worden geformuleerd. Wel kan het efficiënt zijn maatregelen gericht op de bevordering van de gezondheid van mensen in lagere sociaal-economi-

sche groepen te focussen op achterstandsbuurten. In concreto zou in de komende vijfjaarsperiode moeten worden nagestreefd in programma's die in het kader van het grote-stedenbeleid worden uitgevoerd, ook specifieke activiteiten gericht op gezondheidsbevordering uit te voeren". (Programmacommissie SEGV-II, 2001)

Drie van de vijf aanbevelingen die over de toegankelijkheid van de zorg gaan, spitst de commissie toe op 'achterstandsgebieden' of 'achterstandswijken', namelijk: opheffing van het huisartsentekort in achterstandsgebieden, de versterking van de eerstelijnszorg in achterstandswijken en de landelijke implementatie van zorgnetwerken gericht op de tijdige signalering en gecoördineerde opvang van sociaal-psychiatrische problematiek in achterstandswijken.

De achterliggende oorzaken van SEGV beïnvloeden ook de gezondheidstoestand van allochtonen, maar ze dekken de gezondheidsproblematiek van allochtonen niet volledig. De commissie Albeda wijst dan ook terecht op het belang van aanpassing van SEGV-maatregelen aan de culturele achtergrond van allochtonen.

3.2.2 Landelijk grotestedenbeleid

De motivering voor het grotestedenbeleid dat in 1995 van start ging, ligt in de erkenning van de aanzienlijke problematiek die al enkele decennia in de grote steden aanwezig was: vermindering van de bevolking, afname van economische bedrijvigheid, hogere werkloosheid, mindere veiligheid, een slechtere leefomgeving in een groot aantal wijken en lagere maatschappelijke kansen. Met het grotestedenbeleid wordt er naar gestreefd deze situatie te verbeteren. De ambitie komt tot uitdrukking in het beeld van de 'complete stad'. Dat is een stad die 'in fysiek opzicht voldoet aan de - steeds hogere - eisen die bewoners, bedrijven, instellingen, bezoekers en recreanten stellen. Een stad die sociaal, leefbaar en veilig is en die reële kansen biedt aan mensen die kansen nodig hebben en ze ook daadwerkelijk benutten. Een stad die economisch vitaal is, werk biedt aan wie dat zoekt en waar voldoende, hoogwaardige vestigingslocaties voor bedrijven voorhanden zijn' (GSI, 1999).

Om de beoogde verbeteringen in de positie van de grote steden te bereiken ligt in het grotestedenbeleid een belangrijk accent op een integrale aanpak van problemen, ont-schotting en samenwerking tussen beleidssectoren, het benutten van kansen, en het afrekenen op resultaat. Inspanningen worden gericht op drie terreinen: de fysieke, economische en sociale pijler. Door middel van monitoring wordt nagegaan of de doelstellingen op die terreinen bereikt worden (www.bzk.nl; mei 2001).

De landelijke beleidsaandacht voor de speciale achterstandsproblematiek in grote steden is sinds het begin van de jaren tachtig toegenomen. Met de stadsvernieuwing en achtereenvolgens het achterstandsgebiedenbeleid en de sociale vernieuwing kwam een beleid gericht op grootstedelijke gebieden tot stand. In de regeringsperiode 1994-1998 werd het één van de speerpunten van het beleid en werd de eerste ronde van convenan-

Tabel 3.1: Voorlopers van het grotestedenbeleid (Bron: SCP, 1996; bewerking RIVM).

Voorlopers grotestedenbeleid	Toegevoegde beleidsgebieden
Stadsvernieuwing (1981)	Ruimtelijke ordening en volkshuisvesting
Probleemcumulatiegebiedenbeleid (1985)	Arbeid en sociale zekerheid
Sociale vernieuwing (1990)	Onderwijs en welzijn
Grotestedenbeleid (1995)	Economische bedrijvigheid, justitie en criminaliteitsbestrijding

ten met de steden gesloten. In november 1998 zijn met de G25 en G-nieuw convenanten gesloten voor de periode 1999-2003. Dit vormde de start van de tweede convenantsperiode (GSI, 1998; BZK, 2000).

In de loop der tijd zijn steeds meer beleidsgebieden betrokken geraakt (zie tabel 3.1). De integratie van de verschillende beleidsvelden is niet altijd gemakkelijk verlopen. Het grotestedenbeleid kent zowel aspecten van achterstandsbeleid (beleid dat gericht is op achterstandsgroepen) als van stimulerend marktgericht beleid. Het achterstandsbeleid richt zich bijvoorbeeld op de verbetering van de arbeidsdeelname van langdurig werklozen en de veiligheid in achterstandsbuurtten. Het marktgerichte beleid komt onder andere tot uitdrukking in maatregelen die bedoeld zijn om de stedelijke economie en de woningvoorraad te verbeteren. De arbeids- en woningmarkt overschrijden de grenzen van de stad (Van der Wouden, 1999).

Op dit moment wordt een extra impuls gegeven aan de sociale pijler, onder andere door de versterking van de gemeentelijke regiefunctie. Deze inzet richt zich primair op de jeugd in de stad. Andere inhoudelijke speerpunten van het GSB voor de komende jaren zijn veiligheid, ICT, de relatie tussen overheid en bedrijfsleven en de relatie tussen de stad en zijn omgeving (www.rogervanboxtel.nl, maart 2001).

Commentaar op de invulling en effectiviteit van het grotestedenbeleid is gekomen van het Centraal Planbureau en de Algemene Rekenkamer. Het Centraal Planbureau bepleit een minder strak nationaal kader en een meer op de plaatselijke situatie toegesneden planvorming (CPB, 2000). De Algemene Rekenkamer constateert dat het beleid in de tweede convenantsperiode een meer resultaatgericht en integraal karakter heeft gekregen, maar dat, ook na vijf jaar grotestedenbeleid, de vraag of het beleid effect heeft gehad, niet kan worden beantwoord. Daarvoor ontbreken onder andere de nodige gegevens. In het voorbeeld van de bestrijding van drugsoverlast kan het bovendien zo zijn dat de problematiek in de oorspronkelijke wijk wel vermindert, maar niet in de stad als geheel, omdat de overlast van de ene wijk naar de andere wijk verplaatst wordt (AR, 2001).

Ten opzichte van vorige jaren is in 2000 echter voor het eerst een gunstige trendbreuk in werkgelegenheid, leefbaarheid en veiligheid in de achterstandswijken in de vier grote steden zichtbaar. In een aantal van deze wijken verbetert de situatie zelfs sneller dan het landelijk en het grootstedelijk gemiddelde. Wel wordt aangetekend dat allochtonen,

langdurig werklozen en vrouwen onvoldoende profiteren van de groei van de werkgelegenheid (ISEO, 2001).

Landelijk grotestedenbeleid en gezondheid

In de beschrijving van het grotestedenbeleid tot nu toe komt het verbeteren van de gezondheid niet naar voren. Dat is historisch verklaarbaar. In de eerste periode van het grotestedenbeleid lag de nadruk op de fysieke en de economische pijler. In de tweede periode is de aandacht voor de sociale pijler toegenomen, dat wil zeggen voor welzijn, leefomgeving, overlastbestrijding en kwetsbare groepen. In het grotestedenbeleid is er op dit moment daarom wel aandacht voor zorg, met name voor kwetsbare groepen en mensen in de marge. Daarbij ligt in de praktijk overigens een sterk accent op overlastbestrijding. In de opinie van veel betrokkenen is er tot nu toe dan ook weinig of nauwelijks aandacht voor de verbetering van de gezondheid. Dat gebrek aan aandacht blijkt ook uit evaluatiestudies van het CPB en AEF van de lokale plannen voor de periode 1999-2003 (CPB, 2000; AEF, 1999). In deze evaluaties wordt verbetering van de gezondheid niet of nauwelijks genoemd.

Hoewel het bevorderen van de gezondheid dus geen expliciet doel is van het grotestedenbeleid, is het wel gericht op veel omgevingsfactoren die de gezondheid beïnvloeden. Er zijn dus veel aansluitingsmogelijkheden, waarbij een gezondheidskundige inbreng in

Tabel 3.2: Overzicht van de doelstellingen en maatregelen in de drie pijlers van het grotestedenbeleid (Bron: CPB 2000; bewerking RIVM).

Pijler	Doelstellingen	Maatregelen
Economische Pijler	Terugdringen werkloosheid	Activerend arbeidsmarktbeleid, gesubsidieerde arbeidsplaatsen, preventie langdurige werkloosheid, scholingstrajecten
	Versterken economie	Stimulering kansrijke sectoren ¹ , starters ¹ , bedrijfslocaties
	Verbeteren aansluiting onderwijs en arbeidsmarkt	Stimulering technocentra ¹
Fysieke pijler	Verbeteren woonmilieus	Verbetering en differentiatie woningvoorraad en openbare ruimte
	Verbeteren fysieke leefomgeving	Beperking lokale milieuhinder, watermanagement, verbeteren verkeersveiligheid
	Vergroten economische bereikbaarheid ¹	Uitbreiding wegennet, openbaar vervoer, parkeervoorzieningen
Sociale pijler	Versterken sociale infrastructuur	Bevorderen ontwikkelingskansen jeugd, voorkomen sociaal isolement
	Verbeteren veiligheid	Bevorderen veiligheid leefomgeving en bestrijden criminaliteit,
	Duurzaam herstel kwetsbare wijken	Wijkbeheer, herstructurering volkshuisvesting, wijkontwikkeling

¹ Uitzondering: relatie met gezondheid ligt niet duidelijk voor de hand.

het grotestedenbeleid mogelijk is. Het CPB-rapport geeft een overzicht van de doelstellingen en maatregelen van het grotestedenbeleid. Wij hebben in tabel 3.2 voor elk van de drie pijlers beoordeeld waar relaties met gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering voor de hand liggen. Bij bijna alle doelstellingen en maatregelen is dat het geval.

Een algemene beoordeling van de mogelijke bedoelde en onbedoelde gezondheidseffecten van het grotestedenbeleid valt positief uit. Van het verbeteren van de leefsituatie in achterstandswijken mogen ook gunstige effecten op het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen worden verwacht (Programmacommissie SEGV-II, 2001). Dat neemt echter niet weg dat er in een aantal gevallen tegenstrijdige belangen of onbedoelde negatieve effecten kunnen optreden. Grootschalige herstructurering van wijken is bijvoorbeeld niet zonder meer in alle gevallen gunstig voor de betrokken bewoners die moeten verhuizen, bijvoorbeeld als deze niet vergezeld gaat van een goed sociaal beleid (Helleman et al., 2001).

3.2.3 Conclusie

Het gezondheidsbeleid heeft als primair doel het verbeteren van de volksgezondheid, terwijl het grotestedenbeleid vooral gericht is op economische en maatschappelijke doelen. Er zijn, ondanks deze verschillen in doelstelling, voor het overige grote parallellen tussen het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid. Beide hebben een interesse in het verminderen van achterstanden. Het gezondheidsbeleid legt er de nadruk op dat gezondheidsachterstand van sociaal-economisch kwetsbare groepen voor een groot deel aangepakt moeten worden door de maatschappelijke positie en de leefomgeving van de bevolking met een lage SES te verbeteren. Het grotestedenbeleid wil een 'leefbare, vitale stad' scheppen en heeft daarbij veel aandacht voor de positie van kwetsbare groepen en achterstandswijken. Een ander overeenkomst is dat zowel het grotestedenbeleid als het gezondheidsbeleid sterk gedecentraliseerd zijn naar gemeenten en kaderstellend en voorwaardenscheppend van aard zijn.

Recente adviezen over gezondheidsfacetbeleid en SEGV-beleid verwijzen expliciet naar het belang van een sterke relatie tussen het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid. In het grotestedenbeleid worden gezondheidsdoelen echter (nog) niet expliciet genoemd. Er lijken voldoende mogelijkheden om een sterkere koppeling tussen het gezondheids- en het grotestedenbeleid te leggen. Het grotestedenbeleid biedt veel kansen voor gezondheidsbevordering van bewoners van achterstandswijken, omdat het gericht is op factoren die de gezondheid beïnvloeden en omdat daarin in de vorm van integraal beleid veel landelijke en lokale beleidssectoren bij elkaar komen en op elkaar betrokken worden. Het grotestedenbeleid voert zelfs voor een groot deel een beleid dat, *als het succesvol is en mits het geen onbedoelde negatieve gezondheidseffecten heeft*, zal leiden tot een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in achterstandswijken. Veel van de aandacht is immers gericht op het verbeteren van de fysieke, economische en sociale omstandigheden in achterstandsbuurten. Het heeft voordelen

om bevordering van de gezondheid als expliciet doel in het grotestedenbeleid op te nemen. Allereerst omdat daarmee erkend wordt dat gezondheidsachterstanden een onderdeel vormen van de bredere grootstedelijke problematiek en dit tot extra beleidsaandacht voor de vermindering van die gezondheidsachterstanden kan leiden. En vervolgens omdat dan ook de kennis en de expertise van de gezondheidssector over de specifieke samenhangen tussen gezondheid en leefomgeving in het grotestedenbeleid kan worden betrokken.

3.3 Lokaal beleid

De grote steden verschillen in de mate waarin het gezondheids- en grotestedenbeleid op elkaar betrokken zijn. Met andere woorden, aanzetten om de wederzijdse betrokkenheid te vergroten zijn in wisselende mate aanwezig.

Omdat veel landelijk beleid gedecentraliseerd is naar gemeenten, komt in deze paragraaf het lokale beleid aan de orde. Zoals bij de beschrijving van het landelijke beleid wordt met name gezocht naar de bestaande samenhang en samenwerking tussen het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid.

Allereerst komt het gezondheidsbeleid aan de orde: wat is de gemeentelijke taak op het terrein van de collectieve preventie, wat zijn ontwikkelingen met betrekking tot het facetbeleid en het SEGV-beleid op lokaal niveau, en hoe belangrijk is de aandacht voor achterstandswijken in het lokale gezondheidsbeleid? Daarna wordt aandacht besteed aan het grotestedenbeleid: wat is de betekenis ervan voor de steden zelf, hoe groot is de aandacht voor wijkgericht beleid op lokaal niveau en wat voor motieven spelen daarbij een rol, en tenslotte op welke manier worden GGD'en betrokken bij het grotestedenbeleid en wat zijn de wensen van GGD'en voor een volgende convenantsperiode van het grotestedenbeleid?

3.3.1 Lokaal gezondheidsbeleid

Collectieve preventie

Gemeenten voeren de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) uit. Daaronder vallen de bestrijding van infectieziekten, vaccinatieprogramma's, de jeugdgezondheidszorg, screening op erfelijke ziekten en aangeboren afwijkingen, bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker, gezondheidsbevordering door gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en gezondheidsbescherming tegen bedreigingen vanuit de leefomgeving.

De collectieve preventie heeft de gehele gemeentelijke bevolking als doelgroep. GGD'en hebben een traditie om zich extra inspanningen te getroosten om kwetsbare en moeilijk toegankelijke groepen te bereiken. Wanneer de deelname aan collectieve pre-

ventie programma's onder bepaalde groepen lager is, zoeken zij oplossingen om deze deelname te verhogen. Dat is niet altijd volledig succesvol. Daarom wordt (nog) steeds gezocht naar betere methoden om personen met een lage SES, allochtonen en bewoners van achterstandswijken beter te bereiken.

Gezondheidsfacetbeleid

In het RvZ-advies over gezondheidsfacetbeleid wordt behalve op het belang van landelijk facetbeleid ook op het belang van *lokaal* facetbeleid gewezen. Belangrijk instrumenten voor facetbeleid zijn de Gezondheidseffectscreening (GES) en de Gezondheidseffectrapportage (GER). De RvZ beveelt onder andere aan dat de GES op lokaal niveau door de wethouder van volksgezondheid, maar ook door andere gemeentelijke diensten en door de gemeenteraad moet kunnen worden geïnitieerd (RvZ, 2000).

Op lokaal niveau bestonden er ook al vóór de komst van het grotestedenbeleid vormen van intersectorale samenwerking tussen de volksgezondheidssector en andere gemeentelijke sectoren. De grote steden vervullen daarbij vaak een voorbeeldfunctie. Nieuwe ontwikkelingen in het lokale facetbeleid betreffen onder andere projecten rond Gezond Bouwen en Wonen, Stad en Milieu, en Zorg en Welzijn (Koornstra et al., 1997; Fast et al. 2001; Driest, 2001). Dit zijn lokale projecten die wijkoverschrijdend kunnen zijn, maar ook binnen (achterstands)wijken worden uitgevoerd. In bijlage 9 worden deze drie typen projecten kort besproken. Deze projecten zijn nog lang niet overal verspreid.

Met de toename van decentralisatie van bevoegdheden van de landelijke overheid naar gemeentelijk niveau, zoals bijvoorbeeld de belangrijke rol die gemeenten de afgelopen tien jaar hebben gekregen bij de vermindering van onderwijsachterstanden, de inschakeling van werkzoekenden en de activering van bijstandsgerechtigden, nemen de mogelijkheden en de noodzaak van lokaal gezondheidsfacetbeleid toe. Het is daarom van belang dat ook de instrumentontwikkeling verder gaat. Een logische stap is om instrumenten die al voor het landelijke niveau ontwikkeld zijn, toepasbaar te maken voor het lokale niveau, zoals onder andere een Quick Scan op beleidsvoornemens (Van Herten, 2001), en de zogenaamde 'omgekeerde GES' (zie hiervoor ook paragraaf 3.2.1). Een voorwaarde is wel dat de instrumenten op lokaal niveau zo eenvoudig mogelijk moeten zijn en juist al vroeg in de planfase van beleid moeten kunnen worden toegepast.

SEGV-beleid

In de grote steden (evenals in andere gemeenten) wordt vanouds door GGD'en veel aandacht besteed aan mogelijkheden om de gezondheid van lage SES- en andere achterstandsgroepen te beschermen en te bevorderen. Dat gebeurt onder andere door binnen de collectieve preventie extra inspanningen te leveren om moeilijk bereikbare groepen in voldoende mate te bereiken, door aparte projecten voor hen te organiseren, en door het concentreren van activiteiten in achterstandswijken. Daarnaast organiseren GGD'en de vangnetzorg voor mensen die maatschappelijk buiten de boot vallen. Het lokale SEGV-beleid is in oorsprong vooral een doelgroepenbeleid, maar combineert dat in toenemende mate met een wijkgerichte benadering.

De les die in de afgelopen decennia vaak en vooral ook op het lokale niveau geleerd is, is dat gezondheidsbevorderingsprojecten die gericht zijn op de algemene bevolking, de mensen met een lage SES niet voldoende bereiken. Mede daardoor dreigen gezondheidsverschillen soms eerder toe te nemen dan af te nemen. In dit verband zijn de aanbevelingen van de commissie Albeda van belang. Veel landelijke maatregelen die de commissie Albeda voorstelt om SEGV te verminderen, hebben ook een lokale component doordat zij lokaal uitgevoerd moeten worden of doordat de gemeente aanvullende maatregelen kan nemen. Voorbeelden zijn te vinden in het project Armoede en Gezondheid in Breda, de Operatie Tegengif op scholen op (i)vbo en mavo-niveau (waarin leerlingen klassikaal een overeenkomst afsluiten om vijf maanden niet te gaan roken) en de lokale zorgnetwerken in verschillende grote steden (Programmacommissie SEGV II, 2001).

De commissie Albeda heeft twaalf (lokale) interventieprojecten geëvalueerd. Een aantal interventies vindt de commissie zodanig succesvol dat landelijke implementatie aanbevolen wordt. Het meest onvoorwaardelijk is de aanbeveling tot landelijke implementatie van de experimenten met zorgnetwerken (gericht op vroegsignalering van ernstige psychiatrische problematiek), planmatige gezondheidsbevordering op scholen, bestaande effectieve interventies gericht op verbetering van arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld gericht op afname fysieke belasting), en uitbreiding van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Positief ten opzichte van verdere experimenten of implementatie, maar met de eis van begeleidend onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle implementatie is de commissie met betrekking tot migrantenvoorlichting, screening op armoede door de jeugdgezondheidszorg, en community interventies gericht op bevordering van gezond gedrag.

Bij de meeste van bovengenoemde interventies kunnen gemeenten een rol spelen. Het plan bestaat om komend jaar alle voorstellen die de commissie Albeda voor het landelijke SEGV-beleid doet ook voor het lokale niveau uit te werken (Stuurgroep Nationaal Contract OGZ, 2001). Daarbij zal men moeten nagaan op welke terreinen gemeenten voldoende bevoegdheden hebben of invloed kunnen uitoefenen, bijvoorbeeld op het gebied van onderwijskansen, werkgelegenheidsprojecten, financiële bijstand, woningbouwplannen, de openbare ruimte, veiligheidsbeleid, integratiebeleid van minderheden en andere gemeentelijke beleidsterreinen. In de paragraaf over het landelijke SEGV-beleid is al ingegaan op de voorstellen van de commissie ten aanzien van het grotestedenbeleid (zie paragraaf 3.2.1).

Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft in april van dit jaar het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) opgericht. SLAG heeft als doel ondersteuning te bieden aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen. SLAG zal diverse vormen van ondersteuning aanbieden: een actueel overzicht van lokale gezondheidsprojecten, een netwerk van professionals, trainingen Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen, en het toegankelijk maken van internationale 'good practices' op het gebied van lokale gezondheidsbevordering. Het steunpunt treedt ook op als pleitbezorger van

de lokale aanpak van gezondheidsverschillen bij de centrale overheid en de politiek (www.nigz.nl, april 2001).

3.3.2 De wijkgerichte benadering in lokaal gezondheidsbeleid

Met de wijkgerichte benadering wordt bedoeld dat bepaalde beleidsprogramma's of interventieprojecten in één of meer wijken van een gemeente plaatsvinden, met of zonder participatie van bewoners. Indien er substantiële inbreng van bewoners plaatsvindt bij de vormgeving (en de uitvoering) van het beleid, respectievelijk de interventieprojecten, gebruiken we de term *community intervention*. *Community intervention* kan behalve op wijkbewoners ook betrekking op bewoners van een gemeente of regio of van een bepaalde doelgroep, zoals allochtonen. Hieronder wordt achtereenvolgens ingegaan op de historie van het Netwerk Gezonde Steden, de ontwikkeling van de *community intervention* benadering, en op de aandacht voor een wijkgerichte benadering in gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

Netwerk Gezonde steden

Belangrijke impulsen voor de wijkgerichte benaderingen in het lokale gezondheidsbeleid komen voort uit de Gezonde Steden beweging (Vaandrager, 2000). Het netwerk Gezonde Steden is in Nederland opgericht in 1987. Op dit moment zijn 23 gemeenten lid, waaronder de vier grote steden. Vier uitgangspunten fungeren als leidraad: gegevens als basis, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en deelname van de bevolking.

Het netwerk fungeert vooral als communicatienetwerk. De deelnemende gemeenten, zoals bij-

voorbeeld Eindhoven en Rotterdam, hebben vaak als voorbeeld gefungeerd voor andere gemeenten. De initiatiefnemende gemeenten hebben veel nadruk gelegd op gezond gedrag, op een gezonde omgeving en op een wijkgerichte aanpak. Nu deze aanpak deels vorm heeft gekregen en de mogelijkheden (en beperkingen) meer duidelijk zijn geworden, wordt deze aanpak steeds meer overgenomen door andere gemeenten. Kenmerkend daarvoor is dat de nieuwsbrief die als communicatiemedium dient, recent van naam is veranderd van Gezonde Steden in Gezonde Gemeente (VNG & GGD Nederland, 2001).

Community interventions

In de loop der jaren is er een ontwikkeling waar te nemen in gezondheidsbevorderingsprogramma's: van ziektegerichte projecten (bijv. preventie van hart- en vaatziekten en kanker) naar projecten gericht op het beïnvloeden van ongezonde leefgewoonten (roken, drinken, drugs, voeding, bewegen, stress) en vervolgens naar meer integrale, wijkgerichte programma's. Daarnaast is er een ontwikkelingslijn van top-down georganiseerde programma's naar een bottom-up gerichte benadering, dat wil zeggen van weinig betrokkenheid van de bevolking naar een grotere betrokkenheid.

De wijkgerichte of *community* benadering is voortgekomen uit het feit dat het informeren van risicogroepen (op het individu gerichte boodschappen overbrengen) niet altijd goed bleek te werken. Er werd te weinig met sociale, culturele, economische en omgevingsfactoren rekening gehouden. Daarnaast bleek dat dit type voorlichting niet altijd de mensen bereikt die deze voorlichting het meest nodig hebben. In Finland en de Verenigde Staten zijn in de jaren tachtig de eerste grootschalige programma's uitgevoerd,

waarbij meerdere thema's of risicogroepen werden aangepakt en waarbij gebruik werd gemaakt van bestaande lokale structuren. Ondanks de brede aanpak werden deze projecten top-down uitgevoerd en was de betrokkenheid van de lokale bevolking gering. Desalniettemin waren deze projecten destijds zeer vernieuwend en hebben ze veel bijgedragen aan het denken over de community benadering. In Nederland is het community project Zuid-Oost Drenthe Hartstikke Goed een voorbeeld van deze aanpak (De Vries & Wijckmans, 1997).

Vanuit het idee dat participatie een basisvoorwaarde is voor verandering en dat men moet aansluiten bij de behoeften van de bevolking zijn onder andere in het kader van de Gezonde Steden projecten diverse lokale initiatieven gestart die meer recht doen aan het bottom-up principe. Voorbeelden die daarbij steeds genoemd worden en die (deels in het kader van de programmacommissie SEGV-II) geëvalueerd worden, betreffen wijkgerichte community interventieprojecten in Rotterdam, Eindhoven en Arnhem (zie ook paragraaf 3.5).

De community intervention benadering is toepasbaar in alle soorten communities, en zeker ook in achterstandswijken. Een reden om deze benadering juist ook in achterstandswijken toe te passen ligt, behalve in de verhoogde mate van gezondheidsproblematiek en de additionale invloed van de leefomgeving daarop, in de veronderstelling dat een wijkgerichte benadering met meer succes SEGV kan verminderen dan een doelgroepgerichte benadering. Doelgroepspecifiek SEGV-beleid kan gemakkelijk leiden tot stigmatisering en victim blaming. Lage SES-groepen blijken zich bovendien minder aangesproken te voelen door 'gezonde boodschappen' en voelen zich vaker machteloos iets aan hun eigen gedrag te doen. Een wijkgerichte aanpak, waarbij bewust gekozen is voor een *gebied* waar een probleem zich afspeelt en waarbij naar het totaal van factoren die SEGV tot gevolg hebben, gekeken wordt en niet naar het individu, heeft wellicht meer succes op voorwaarde dat wel specifieke aandacht gegeven wordt aan de lage SES-groepen in de wijk (Goumans en Koornstra, 1998).

Om de sociale en fysieke leefbaarheid van de (meest) achtergebleven stadsdelen te bevorderen, wordt de laatste tijd dan ook steeds meer gekozen voor de 'Gezonde Wijken-benadering'. De 'Gezonde Wijken-benadering' is gebaseerd op de gedachte dat actieve deelname van mensen bijdraagt aan hun persoonlijke ontwikkeling en aan het versterken van hun beoordelings- en beslissingsvermogens (empowerment), kenmerken die bij lage-SES groepen vaak minder sterk ontwikkeld zijn en die wel van wezenlijk belang zijn voor de gezondheid en voor het veranderen van ongezond gedrag (de Haes & Vaandrager, 2001).

De community intervention benadering heeft dus gedeeltelijk zijn oorsprong in het bevorderen van gezond gedrag, maar heeft zich ontwikkeld tot een benadering die breder is en zicht richt op *alle* factoren die de gezondheid kunnen bevorderen (Stuuroop, 1994; Vaandrager, 2000).

Wijkgericht werken als aandachtspunt in gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid

Alle gemeenten worden binnenkort verplicht vierjaarlijks een nota gezondheidsbeleid uit te brengen. Grote gemeenten hebben daar al een traditie in en er zijn al een aantal gemeentelijke gezondheidsnota's van de grote steden gereed (de Wit et al., 2000). Het RIVM heeft een globale inhoudsanalyse uitgevoerd van de nota's gezondheidsbeleid van gemeenten die deelnemen aan het Grotestedenbeleid en die bij GGD-Nederland beschikbaar waren (Schoenmakers, 2001). Het doel was te kijken of er in de nota's expliciete aandacht uitgaat naar wijkgericht werken. In bijlage 10 staat vermeld welke grote steden in de afgelopen jaren een volksgezondheidsnota hebben uitgebracht en welke aandacht daarin aan wijkgericht werken is gegeven.

In de nu al beschikbare gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid blijkt het besef van het belang van het grotestedenbeleid en van een wijkgerichte aanpak breed aanwezig. De uitwerking ervan in concrete maatregelen en samenwerkingsverbanden (b)lijkt evenwel minder ver. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen weergegeven:

- In bijna alle (9 van de 11) onderzochte nota's wordt in het geschetste beleidskader/of achtergronden van het volksgezondheidsbeleid een expliciete relatie gelegd met het grotestedenbeleid of de wijkgerichte benadering. Alle gemeenten noemen de 'wijkgerichte benadering' in de visie, missie of uitgangspunten van hun gezondheidsbeleid. In zes nota's wordt een duidelijke relatie gelegd met ander gemeentelijk beleid (bijvoorbeeld sociaal beleid). Den Bosch heeft zelfs een heel hoofdstuk van haar nota gewijd aan de relatie met het gemeentelijk beleid van buurt-/wijkgericht werken.
- Er is bij gemeenten grote overeenstemming over de risico- en/of doelgroepen: jongeren/jeugd, ouderen, mensen met een lage SES en allochtonen worden het vaakst naar voren gebracht.
- (Nog) niet in alle nota's worden concrete maatregelen en/of activiteiten vermeld. In drie nota's is een uitgebreid werkplan of activiteitenprogramma opgenomen. In twee andere nota's staan voorbeelden vermeld van reeds ontwikkelde projecten.
- De uitwerking van de wijkgerichte gezondheidsbenadering en de taken en de positionering van wijkgezondheidswerkers verschilt tussen de grote steden.

Op basis van deze analyse lijkt het aan te bevelen om in de toekomst de verschillende uitwerkingvormen van het wijkgericht werken aan gezondheidsbeleid, zowel in de grote steden als in andere gemeenten doelbewust te volgen zodat van elkaar geleerd kan worden.

3.3.3 Het grotestedenbeleid op lokaal niveau

Ook vóór het ontstaan van het grotestedenbeleid was het beleid van de grote steden al gericht op het aantrekkelijk houden en maken van de eigen stad en op het ondersteunen van kwetsbare groepen. Door het grotestedenbeleid en de voorgangers daarvan zijn de accenten van dat beleid wel sterker daarop gericht geraakt en zijn in de loop der tijd verschillende manieren geprobeerd om die doelen te bereiken.

De effecten van het landelijke grotestedenbeleid moeten vooral op lokaal niveau tot uiting komen. Over de effecten van het beleid is in paragraaf 3.2 al het een en ander gezegd. Grote steden zien het landelijke grotestedenbeleid vooral als een mogelijkheid om extra steun te krijgen voor de aanpak van de achterstandsproblematiek in hun stad en in het verhogen van de aantrekkingskracht van hun stad. Het gaat hen allereerst om financiële steun, om de bundeling van geldstromen en om eenvoudigere financiële regelgeving, die het tezamen gemakkelijker moet maken om problemen op een meer integrale manier aan te pakken. Daarvoor moeten ze wel voldoen aan de voorwaarden van het landelijke beleidskader. Gemeenten wegen de voordelen van de steun die ze krijgen, af tegen de extra inspanningen die zij moeten doen om die steun te verwerven. De G4, maar vooral de G-21 zien de voordelen van het grotestedenbeleid en ondersteunen het ook, maar in het overleg met de landelijke overheid wijzen ze ook op de nadelen en de tekortkomingen (Staatscourant, 26 maart 2001).

De extra financiële steun van de rijksoverheid die het grotestedenbeleid oplevert, is overigens beperkt. Daarnaast, en dat is wellicht nog belangrijker dan de extra financiële steun, is het grotestedenbeleid vooral een nieuwe manier van werken: gericht op maatschappelijke problemen en maatschappelijke kansen, intersectoraal en integraal, verminderen van verkokering, resultaatgericht en monitoren van effecten. De steden verschillen onderling in de omvang van het beleid en de daarbij betrokken rijks- en gemeentelijke financiën die ze onder de noemer van het grotestedenbeleid brengen.

Om hun doelen te bereiken zijn de grote steden op verschillende (bestuurlijke) schaalniveaus werkzaam: de buurt of wijk, de gemeente, de regio, het land en ook internationaal. Vanwege verschillende redenen is de afgelopen decennia een sterker accent op de wijk of buurt komen te liggen. Er is daarbij onderscheid te maken tussen beleid dat betrekking heeft op alle wijken in de gemeente en beleid dat de wijkaanpak als een belangrijke factor ziet om de problematiek in achterstandswijken en -buurten aan te pakken.

Gemeentelijk wijkgericht beleid

Het huidige beleid van wijkgericht werken in verschillende Nederlandse gemeenten past in de vernieuwingsgolf van het openbaar bestuur. Motieven om de politiek dichter bij de burger te brengen spelen hierin ook een rol. Het wijkgericht werken komt in de bestuurskundige literatuur vooral op aan het einde van de jaren tachtig. Stadsvernieuwing, Sociale Vernieuwing en Stedelijke Vernieuwing zijn er de afgelopen twintig jaar op gericht geweest de leefbaarheid in de steden te verbeteren. De basisgedachte voor een wijkgerichte aanpak van problemen is, dat de directe leefomgeving van de burger een geschikt kader vormt om die problemen aan te pakken en mogelijk op te lossen. De gemeentelijke wijkaanpak is een manier van werken waarbij niet de sectoren en categorieën van de gemeentelijke overheid voorop staan, maar de bestaande mogelijkheden, problemen en voorkeuren van de mensen die in die wijken en buurten wonen en werken. Dit zijn vergelijkbare uitgangspunten als in het gezondheidsbeleid in de community intervention benadering centraal staan.

Veel steden geven aan dat zij de komende jaren ter invulling van de stedelijke programma's wijkontwikkelingsplannen (of wijkperspectieven) gaan opstellen. In de steden is

een duidelijke kentering waarneembaar van wijkbeheer (Sociale Vernieuwing) naar wijkontwikkeling wat een breder terrein betreft en een grotere nadruk legt op positieve ontwikkelingen en economische kansen (GSI, maart 2000).

Hoewel zowel het wijkgerichte gezondheidsbeleid als het algemene gemeentelijke wijkgerichte beleid ongeveer in dezelfde periode zijn ontstaan, en ook voor een groot deel vanuit dezelfde principes denken, is er toch een kloof, en wordt vanuit het algemene wijkgerichte beleid minder vaak naar de gezondheidssector gekeken dan andersom (Schoenmakers, 2001). Dat heeft vermoedelijk te maken met het feit, dat de gemeentelijke wijkaanpak eerder is geformaliseerd dan de gezonde wijkaanpak, die ook nu nog vaak op incidentele, projectmatige basis plaatsvindt. Ook zou het feit dat GGD-directies meestal niet vertegenwoordigd zijn in het gemeentelijk management team, van invloed kunnen zijn: daar wreekt zich dat de GGD vrijwel overal vooral een regionale, bovengemeentelijke positie inneemt. Ten derde zal meespelen dat gemeenten pas sinds 10 jaar eindverantwoordelijk zijn voor de GGD'en, waardoor er weinig historie is in de samenwerking tussen gezondheidsbeleid en overig gemeentelijk beleid.

3.3.4 Lokale betrokkenheid van de volksgezondheidssector bij het grotestedenbeleid

Het RIVM heeft in twee groepsgesprekken aan vertegenwoordigers van GGD'en van de G4 en de G21 gevraagd op welke wijze de GGD'en en de gemeentelijke afdeling volksgezondheidsbeleid betrokken zijn bij het Meerjaren Ontwikkelings Programma (MOP) 1999-2003 in hun gemeente. Vervolgens is hen gevraagd wat hun wensen zijn voor de volgende convenantsperiode van het grotestedenbeleid. De gesprekken zijn georganiseerd door GGD-Nederland.

Verschillen in lokale betrokkenheid

De betrokkenheid van GGD'en en de gemeentelijke afdelingen volksgezondheidsbeleid bij het grotestedenbeleid verschilt tussen de steden, zowel inhoudelijk als procesmatig en organisatorisch. Wat de inhoudelijke betrokkenheid betreft hebben sommige GGD-vertegenwoordigers het gevoel dat de zorgsector en ook de GGD binnen de sociale pijler al wel grond onder de voeten heeft, maar nog niet binnen de fysieke en economische pijler. Ook binnen de sociale pijler kost het soms veel moeite om de bijdrage tot stand te brengen en overeind te houden. Andere GGD'en zijn echter nauwelijks betrokken geweest bij de opstelling van het MOP en zijn bijvoorbeeld alleen betrokken bij de ontwikkeling van de leefbaarheidsmonitor of hebben een incidenteel verzoek gekregen een deelplan te maken voor een herstructureringswijk. Soms is er al wel in de fysieke structuurschets (dus op het niveau van visie-ontwikkeling) een gezondheidsparagraaf opgenomen, maar tot concrete projecten is het dan nauwelijks gekomen.

Binnen de sociale pijler bestaat vooral veel samenwerking rond veiligheids- en openbare ordeproblematiek, onder andere door middel van projecten gericht op sociale integra-

tie van de jeugd, woon/werkprojecten voor verslaafden en projecten om de verslavingsproblematiek los te weken uit de oudere wijken. Dit betreft dus vooral de openbare *geestelijke* gezondheidszorg. Ook zijn er in een aantal grote steden projecten gericht op de zorg aan kwetsbare groepen, gezond gedrag en gezonde wijken, in de sociale pijler opgenomen. Er worden opvallend weinig voorbeelden van samenwerking met de economische pijler genoemd, met als uitzondering een enkel project gericht op de arbeidsreïntegratie van kwetsbare groepen.

De verschillen in betrokkenheid tussen GGD'en hebben vooral te maken met bestuurlijke en organisatorische verschillen tussen gemeenten en tussen GGD'en. Gemeenten verschillen in de mate van decentralisatie van het bestuur naar deelgemeenten of wijken, de regie en omvang van de wijkaanpak, de regie van het grotestedenbeleid en de takenpakketten en interesses van de wethouders voor gezondheids- en grotestedenbeleid. Ook GGD'en verschillen onderling. Sommige GGD'en werken alleen voor de eigen stad, zoals in Amsterdam, Den Haag en Utrecht. De meeste andere GGD'en werken ook voor de omliggende gemeenten. Sommige GGD'en werken vooral projectgericht, andere vooral product- of gebiedsgericht. In sommige grote steden is de functie van beleidsambtenaar volksgezondheid van de gemeente en van beleidsmedewerker bij de GGD in één en dezelfde persoon verenigd, maar in de meeste steden is dat niet het geval. Vooral bij de middelgrote steden speelt de beperkte beschikbare tijd van de volksgezondheidsambtenaar binnen de gemeente een rol. Deze moet keuzes maken bij de invulling van de eigen taak en geeft dan bijvoorbeeld prioriteit aan de nieuwe gemeentelijke taken rond het Regionale Indicatie Orgaan (RIO) boven een betrokkenheid bij het grotestedenbeleid. Een enkele GGD heeft uit strategische overwegingen voorrang gegeven aan de integratie van het volksgezondheidsaspect in het grotestedenbeleid boven het maken van de lokale nota gezondheidsbeleid.

Wensen van GGD'en voor de volgende ronde van het grotestedenbeleid

De GGD-vertegenwoordigers formuleerden een aantal wensen voor de volgende ronde van het grotestedenbeleid. De wensen hebben niet alleen betrekking op de openbare gezondheidszorg en op facet- en SEGV-beleid, maar ook op de curatieve zorg. Ondanks de verscheidenheid in de wensen zijn er enkele inhoudelijke, proces- en onderzoeksmatige hoofdpunten in te onderkennen:

Een belangrijke *inhoudelijke* wens is het intensiveren van de betrokkenheid van de volksgezondheidssector bij de herstructurering van oude woonwijken. Dat zou al in een vroegtijdig stadium en pro-actief moeten gebeuren. Nu gebeurt dat in het geheel niet of pas laat. Extra investeren in de samenwerking tussen volksgezondheid en ruimtelijke ordening is vanuit strategisch oogpunt gewenst omdat een wijk maar eens in de 60 jaar op de schop wordt genomen. Gemaakte fouten bij de herinrichting werken dus jaren door. GGD'en krijgen ook steeds meer instrumenten ter beschikking om een waardevolle bijdrage te kunnen leveren, zoals de al genoemde Gezond Bouwen en Wonen, en Stad en Milieu projecten.

Nauw hiermee verbonden is de wens om bij herstructureringsplannen van wijken niet alleen vroegtijdig na te denken over de gevolgen van de herstructurering voor de fysieke

leefomgeving van de nieuwe bewoners, maar minstens even hard na te denken over het behoud van de sociale en zorgnetwerken van kwetsbare personen, zowel voor degenen die in de wijk zullen terugkeren als voor diegenen die naar andere wijken willen of moeten verhuizen. Door een te late betrokkenheid van de zorgsector blijken kwetsbare bewoners bij herstructurering van wijken vaak in de knel te komen.

Andere wensen betreffen 1) het verbeteren van het eigen uitvoerende werk van de collectieve preventie in achterstandswijken (jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar, infectieziektenbestrijding, screeningsprogramma's, gezondheidsbevordering, vangnetfunctie), 2) het intensiveren van gezondgedragprogramma's in achterstandswijken in brede zin (met participatie van de bevolking als uitgangspunt en in samenhang met het bevorderen van een omgeving die uitnodigt tot gezond gedrag), en 3) het verbeteren van de zorg in achterstandswijken door het wegwerken van tekorten in de eerstelijnszorg, het vernieuwen van de zorginfrastructuur (community health, vangnetzorg, bemoeizorg) en het structureel ondersteunen van samenwerkingsverbanden binnen en buiten de gezondheidszorg.

De prioritering van deze wensen verschilt tussen GGD'en. Vertegenwoordigers van sommige GGD'en leggen het accent op de verbetering van de collectieve preventie, andere op een sterkere betrokkenheid bij verbeteringen van de fysieke leefomgeving en samenwerking met de fysieke en sociale pijler, weer andere op de maatschappelijke zorgvernieuwing. Dit heeft deels te maken met een verschil in de lacunes en problemen in de eigen gemeente en deels met een verschil in visie op welke manier het beste gezondheidsresultaat bereikt kan worden. De wens tot een grotere en snellere betrokkenheid van de (volks)gezondheidssector bij herstructureringsplannen van wijken scoort bij de meeste GGD'en die deelnamen aan de gespreksronde, hoog.

De *procesmatige* wensen hebben vooral betrekking op het intensiveren van samenwerking met andere sectoren en het structureel ondersteunen daarvan. Om de samenwerking te kunnen intensiveren moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden. Het vereist voldoende kennis en expertise bij GGD'en en een open samenwerkingshouding bij alle partijen. De GGD'en zullen steeds hun meerwaarde moeten bewijzen en dus voldoende instrumenten moeten creëren om de meerwaarde van de volksgezondheidsinbreng te laten zien. Daar is (extra) capaciteit voor nodig. Een open houding betekent voor GGD'en onder meer dat de volksgezondheidssector de eigen inspanningen niet alleen beoordeelt vanuit volksgezondheidsmaatstaven, maar ook vanuit de bijdrage die de eigen inspanningen leveren aan het oplossen van maatschappelijke problemen in andere sectoren. Een zekere bescheidenheid is gepast. Er spelen in de grote stad veel meer problemen dan vanuit de gezondheidszorg opgelost kunnen worden. Openbare gezondheidszorg kan wel *meewerken* aan het verkleinen van die problemen. Een open houding bij andere partijen betekent dat zij de bijdrage die de volksgezondheidssector aan de vermindering van de algemene problematiek in de grote steden kunnen leveren ook zien en erkennen, en dat de andere partijen ook kijken welke bijdrage zij zelf aan de vermindering van de gezondheidsproblematiek kunnen leveren. Tenslotte zou de samenwerking met andere sectoren ook op landelijk niveau, tussen de ministeries

onderling, duidelijker gestalte moeten krijgen. Zonder die voorbeeldsteun is het moeilijker om de samenwerking op gemeentelijk niveau te stimuleren. Die landelijke steun en sturing kunnen er aan bijdragen dat GGD'en een gegarandeerde vaste plaats aan tafel krijgen bij die andere sectoren met een evenwaardige positie.

De *onderzoeks* wensen hebben betrekking op het verbeteren van het nu nog zeer gebrekkige inzicht in de gezondheidstoestand van allochtonen, het vroegtijdig signaleren van nieuwe en dreigende gezondheidsproblemen in achterstandswijken en het monitoren van de effecten van het beleid. Het is belangrijk om de gezondheidseffecten van het gezondheids- en grotestedenbeleid zichtbaar te maken door goede monitoring. Daarbij zou men zich allereerst moeten richten op een goede monitoring van de bereikte *tussendoelen* van de inspanningen van de volksgezondheidssector (ook buiten de gezondheidssector) in het besef dat *gezondheidseffecten* van de beleidsinspanningen vaak pas op langere duur te verwachten zijn.

3.3.5 Conclusies

Er zijn veel overeenkomsten tussen het lokale gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid op lokaal niveau. Beide hebben een gerichtheid op de vermindering van achterstanden, benadrukken integraal beleid en leggen een sterke nadruk op achterstandswijken en op participatie van de bevolking. Er zijn ook verschillen: het gemeentelijk wijkgericht werken komt niet alleen voort uit de wens om de wijkproblematiek te verminderen, maar ook uit algemene politieke motieven om het bestuur dichterbij de burger te brengen. Bij de politieke invalshoek is de participatie van bewoners op zich belangrijker dan het specifieke onderwerp waarop deze betrekking heeft. In het gezondheidsbeleid staat het bevorderen van de gezondheid voorop.

De betrokkenheid van het gezondheidsbeleid bij het grotestedenbeleid verschilt sterk tussen de grote steden en is mede afhankelijk van de bestuurlijke structuur en processen binnen de gemeente en de positie, werkwijze, capaciteit en inhoudelijke prioriteiten die GGD'en stellen.

Voor het lokale gezondheidsbeleid biedt het grotestedenbeleid een extra mogelijkheid om aan tafel te komen bij andere beleidssectoren. Instrumenten om de meerwaarde van een gezondheidsinvalshoek bij de aanpak van de maatschappelijke en gezondheidsproblematiek in achterstandswijken te laten zien en tot nut te maken, zijn in toenemende mate aanwezig, maar nog lang niet overal verspreid.

3.4 Samenhang tussen landelijk en lokaal beleid

Om de gezondheidstoestand van de bewoners van achterstandswijken in de grote steden te verbeteren, zijn maatregelen op landelijk en lokaal niveau beide nodig. Dat vergt samenwerking en samenhang op alle beleidsniveaus.

In de vorige paragrafen is vooral aandacht besteed aan de relatie tussen het gezondheids- en het grotestedenbeleid (zie ook figuur 3.1). Deze relatie kan beter, zowel op landelijk als lokaal niveau. Sommige steden blijken verder te zijn in de onderlinge samenwerking dan andere. Maar hoe staat het met de samenhang tussen landelijk en lokaal beleid *binnen* het gezondheids- en het grotestedenbeleid, hoe is het samenspel tussen de genoemde vier partijen, hoe zal dit samenspel zich in de toekomst ontwikkelen, en tenslotte een inhoudelijke vraag: is de wijkgerichte aanpak voldoende voor het verbeteren van de (gezondheids)problematiek in de achterstandswijken in de grote steden?

De samenwerking tussen het landelijke en lokale beleid *binnen* het gezondheids- en grotestedenbeleid is duidelijk groter dan die *tussen* het gezondheidsbeleid en het grotestedenbeleid. Maar ook hier is de samenwerking niet altijd zonder spanningen. Landelijk en lokaal beleid hebben elk hun eigen belangen. De tegenstellingen tussen landelijk en lokaal beleid binnen het gezondheids- en grotestedenbeleid weerspiegelen de algemene tegenstellingen tussen lokale en landelijke overheid. Deze betreffen bijvoorbeeld de mate van beleidsvrijheid en bevoegdheden van gemeenten en de financiële steun van het rijk. Gemeenten verwachten dat decentralisering van taken gepaard gaat met een overeenkomstige toename van bevoegdheden en overeenkomstige financiële steun. Gemeenten zijn vaak voorstander van vergroting van hun eigen beleidsvrijheid. Omdat de overdracht van landelijke bevoegdheden vaak lastig te realiseren is, pleiten zij regelmatig voor meer experimenteervrijheid. De landelijke overheid is ook voorstander van decentralisering van beleid, maar wijst op de grenzen daarvan vanwege de noodzaak van uniforme regelingen en principes van publieke rechtvaardigheid. De landelijke overheid eist verder als tegenprestatie een heldere verantwoording van de besteding van middelen en inzage in de daarvoor geleverde prestaties (Derksen, 1998).

Maar ondanks deze algemene spanningen, heeft men elkaar ook nodig en streeft men naar synergie. Landelijk en lokaal bestuur zijn in de afgelopen decennia steeds meer met elkaar vervlochten geraakt. De landelijke overheid is afhankelijk van de medewerking van gemeenten bij de uitvoering van gedecentraliseerde wetgeving (Derksen, 1998). In het grotestedenbeleid wordt gestreefd naar nieuwe vormen van samenwerking tussen het landelijke en lokale beleid. In het public health beleid wordt bij de vernieuwing van de openbare gezondheidszorg ook naar een betere onderlinge aanvulling tussen het landelijke en lokale niveau gestreefd. Het streven naar synergie tussen *alle vier* betrokken partijen (gezondheids- en grotestedenbeleid op landelijk en lokaal niveau) komt goed tot uitdrukking in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, dat gesloten is tussen VWS, BZK, GGD-Nederland en VNG.

Bij het zoeken naar meer synergie liggen op landelijk niveau belangrijke aanknopingspunten in de harmonisering van regelgeving in plaats van de huidige veelheid van regelingen. Op lokaal niveau ligt een belangrijk aanknopingspunt in het bevorderen van de samenhang tussen de (vele) projecten onderling. Er wordt op lokaal niveau in veel projecten samenwerking gezocht met andere partijen, maar wordt tegelijk niet altijd aandacht besteed aan de samenhang tussen al die projecten. De Verkenning Sociale Infrastructuur presenteert hiervoor verschillende beleidsopties (GSI, 2001b).

Een spanningsveld in de samenwerking tussen de ministeries van VWS en GSI dat in dit hoofdstuk nog niet eerder genoemd is, ligt in het feit dat de *zorg* landelijk en functioneel georganiseerd is en het grotestedenbeleid territoriaal. Dat komt onder ander terug in de discussie over de modernisering van de AWBZ (BZK, 2001). Dit afstemmingsprobleem hoeft echter bij het onderwerp van dit rapport, waarin het preventie- en facetbeleid centraal staan, veel minder te spelen. De uitvoering van het preventie- en facetbeleid is immers via de WCPV al grotendeels gedecentraliseerd naar gemeenten. De integratie van de AWBZ-gefinancierde ouder- en kindzorg (0-4 jaar) met de gedecentraliseerd gefinancierde jeugdgezondheidszorg (5-19 jaar) kan wellicht op onderdelen een voorbeeldfunctie vervullen voor meer samenwerking tussen de curatieve zorg en het grotestedenbeleid.

In de verkenningen sociale infrastructuur, nauw gekoppeld aan het grotestedenbeleid, wordt de voorkeur uitgesproken voor een meer bottom-up gerichte benadering als ontwikkelingsprincipe voor beleid, waarin de landelijke overheid zich meer luisterend naar gemeenten opstelt (GSI, 2001b). Het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg kan behalve van het streven naar meer synergie ook als een voorbeeld van zo'n vernieuwde bottom-up benadering worden gezien. Onder andere is daarin immers afgesproken dat de landelijke overheid zich bij het opstellen van de landelijke nota openbare gezondheidszorg mede zal laten leiden door de lokale nota's gezondheidsbeleid (Stuurgroep Nationaal Contract OGZ, 2001).

Volgens de notitie over de rol van de rijksoverheid die het SCP gemaakt heeft in het kader van de Verkenningen van het kabinet Paars II, is het de komende jaren belangrijk om een goede balans te vinden tussen centraal en decentraal beleid: tussen regels en ruimte. De rol van rijksoverheid en bestuur wordt een primair aandachtspunt voor de volgende kabinetsperiode genoemd. In de meeste gevallen zal de overheid niet meer zelf optreden als de uitvoerder van beleid, maar een grote mate van vrijheid laten aan partijen. De overheid zal wel de richting moeten aangeven en rekenschap vragen (SCP, 2001a).

Meerdere analyses wijzen er op dat de algemene achterstandsproblematiek in de grote steden niet kan worden opgelost door uitsluitende een lokale, wijkgerichte benadering (Duyvendak & Hortulanus, 1999; Van der Wouden, 1999; CPB, 2000). Dat geldt ook voor de gezondheidsproblematiek (Ten Dam, 1997; Goumans, 1998). De woning- en arbeidsmarkt en de veiligheids- en milieuproblematiek overstijgen het niveau van de wijk en de stad. Landelijke maatregelen op de terreinen van economie, onderwijs, zorg en sociale zekerheid hebben minstens evenveel, zo niet meer invloed op leefomstandig-

heden van de individuele burger in achterstandswijken dan de effecten die via wijkgericht beleid kunnen worden bereikt. Er is dus samenwerking nodig op meerdere beleidsniveaus en beleid dat zich niet alleen beperkt tot maatregelen in de achterstandswijken zelf.

Conclusie

De verwachting is dat het landelijke en lokale beleid dat gericht is op de problematiek in de grote steden meer dan nu het geval is vanuit een bottom-up gerichte benadering zal worden ingevuld en er meer nadruk zal komen te liggen op de onderlinge synergie tussen het landelijke en lokale beleid.

3.5 Interventieprojecten

In de grote steden worden veel tijdelijke wijk- en doelgroepgerichte projecten uitgevoerd om de volksgezondheid te verbeteren. Dit levert een schat aan praktijkervaring op over randvoorwaarden voor succes. We weten echter weinig over de gezondheidseffecten.

De vorige twee paragrafen handelden over het landelijke en lokale gezondheids- en grotestedenbeleid dat gericht is op de algemene en gezondheidsproblematiek in achterstandswijken van de grote steden. Deze paragraaf besteedt aandacht aan de *uitvoering* van het beleid op lokaal niveau. Uiteindelijk zal het succes van het beleid op het lokale niveau moeten worden afgemeten. Een belangrijk deel van het gezondheidsbeleid, zoals de collectieve preventie wordt op structurele basis uitgevoerd. Gezondheidsbevordering wordt echter grotendeels uitgevoerd in de vorm van tijdelijke projecten. Ook het grotestedenbeleid wordt voor een groot deel in projectvorm uitgevoerd. Om die reden wordt in deze paragraaf ingegaan op interventieprojecten en niet op structurele interventies.

In paragraaf 3.5.1 wordt een overzicht gegeven van interventieprojecten, gericht op *lokale* gezondheidsbevordering. Paragraaf 3.5.2 gaat in op drie strategieën van *wijkgerichte* gezondheidsbevordering volgens de community intervention benadering. Paragraaf 3.5.3 besteedt aandacht aan lokale projecten die in het kader van het *grotestedenbeleid* worden uitgevoerd en waartoe het initiatief juist in andere sectoren is genomen.

3.5.1 Interventieprojecten, gericht op gezondheidsbevordering

Op basis van overzichtspublicaties en databases van landelijke onderzoeks- en kennisinstututen heeft het RIVM een database opgezet van gezondheidsbevorderingsprojecten in de G25 en de G-nieuw. Die inventarisatie laat zien dat er een bloeiende praktijk is van tijdelijke projecten. Daarbij is onderscheid te maken in landelijke projecten die lokaal worden uitgevoerd en lokale projecten zonder specifieke landelijke inbedding. In totaal

zijn 890 projecten in de database opgenomen (Witte, 2001). Tabel 3.3 geeft een overzicht van een aantal kenmerken van alle 890 lokale projecten.

Elke stad heeft gemiddeld 28 projecten. Het aantal varieert per stad van 7 tot 47 projecten. Steden met de meeste in de inventarisatie opgenomen projecten zijn Den Haag, Almelo, Hengelo, Arnhem en Enschede. De geïnventariseerde projecten richten zich vooral op leefstijlfactoren zoals lichamelijke activiteit, roken, drinken, drugs, voeding en seksueel gedrag. Er gaat minder aandacht uit naar de sociale omgeving en relatief zeer weinig naar de fysieke omgeving, hoewel daar in de inventarisatie wel naar is gezocht. Gezondheidsvoorlichting is de meest gebruikte methode, hoewel ook intersectorale samenwerking en participatie van de bevolking regelmatig genoemd worden. De doelgroepen zijn divers. Alle projecten met allochtonen als doelgroep betreffen voorlichting: meestal over gezond gedrag en in mindere mate over de Nederlandse gezondheidszorg, medische behandeling of zelfzorg.

Tabel 3.3 Overzicht van projecten die gericht zijn op verbetering van de gezondheid in de G25 en G-nieuw (Bron: Witte, 2001).

Kenmerk project	Aantal projecten
Determinanten	
- leefgewoonten	480
- fysieke omgeving	35
- sociale omgeving	210
- onbekend	160
Steden	
- G4	160
- G21	580
- G-nieuw	90
Doelgroepen	
- leerlingen	126
- inwoners interventiegebied	86
- allochtonen/migranten	63
- ouders	36
- lage SES/achterstandsgroepen	29
- homoseksuelen	19
- leerkrachten	15
- prostituees	15
- mensen met psychische problemen	12
- verslaafden	9
- dak- en thuislozen	8
- vluchtelingen	8
- werklozen	8
- werknemers	8
Evaluatie	
- ja	180
- nee	22
- onbekend	570

Een aantal projecten wordt in meerdere steden uitgevoerd en heeft een *landelijk* karakter en ondersteuningsstructuur. Hoewel de doelgroep van de meeste van deze 'landelijke' projecten steeds dezelfde is, kan de opzet en de inhoud van het project per stad verschillen. Er is een grote diversiteit in de doelstellingen van deze projecten. Zo zijn er projecten die gericht zijn op opvoedingsondersteuning (KOPP, opvoeden zo!, Opvoeden zo verder), gezond gedrag (gezonde school en genotmiddelen, stoppen met roken, sterke tandenbus, 55+ in beweging, breedtesport, voorlichters eigen taal en cultuur), de sociale omgeving (heel de buurt, brede school, samen leven), veiligheid (kinderveiligheid, valongevallen bij ouderen, wijkveiligheid, justitie in de buurt) en het binnenmilieu (gezond binnenmilieu, allergeen-arme woningen) en last but not least de gezonde stad. Enkele projecten zoals 'gezonde stad' en 'heel de buurt' projecten zijn overkoepelend van karakter. De eerste doordat deze beleidssectoren binnen en buiten de sociale sector met elkaar verbindt, de tweede doordat deze partijen binnen de sociale sector samenbrengt.

Uit dit overzicht wordt niet duidelijk in hoeverre gezond gedrag projecten ook gericht zijn op het bevorderen van een gezonde omgeving en omgekeerd. Gezond gedrag projecten en gezonde omgeving projecten lijken vaak (te) strikt gescheiden, terwijl er toch veel samenhang is tussen gezond gedrag en een gezonde omgeving. In gezond gedrag projecten kan ook gewezen worden op het belang van het scheppen van een gezonde omgeving (zoals bijvoorbeeld rookvrije ruimtes, beperkingen van alcoholreclame en verkooppunten). En gezonde omgevingsprojecten, zoals projecten die gericht zijn op een gezond binnenmilieu, vereisen vaak ook gedrag dat die omgeving zo gezond mogelijk houdt, bijvoorbeeld door goede ventilatie en het allergeen-vrij houden van de woning.

Uit de geraadpleegde bronnen blijkt duidelijk dat veel projecten niet geëvalueerd worden. In de evaluatie-onderzoeken van lokaal uitgevoerde interventieprojecten die het RIVM heeft gescreend, kwam naar voren dat er weinig effectevaluaties, maar relatief wel meer procesevaluaties waren. Uit die procesevaluaties kwamen de volgende 'succesfactoren' naar voren: de waardering van derden en enthousiasme van de werkers en deelnemers zijn vaak een belangrijker factor dan de verkregen of bewezen resultaten en effecten. In een vroeg stadium bepalen van de behoefte van de bevolking, goede samenwerking en communicatie, voldoende tijd om van de grond te komen en voldoende publiciteit om deelname te bewerkstelligen zijn andere succesfactoren (Witte, 2001).

In de literatuur worden ook nog enkele andere factoren genoemd die een voorwaarde voor succes vormen. De belangrijkste zijn de aanwezigheid van politiek draagvlak op wijk, lokaal en landelijk niveau, het belang van een lange termijn aanpak en van flexibiliteit in de uitvoering, en het op een juiste manier omgaan met de specifieke eisen die evaluatie-onderzoek van community intervention projecten stelt (Keijsers & Vaandrager, 2000).

Succesvolle experimenten worden dus vaak gekenmerkt door het enthousiasme van de werkers. Implementatie op uitgebreidere schaal van succesvol gebleken experimenten

stelt andere eisen dan de oorspronkelijke experimenten zelf. Men moet rekening houden met een afname van intensiteit bij de werkers. In de literatuur wordt een aantal kritische succesfactoren genoemd bij het opschalen of het ‘transplanteren’ van succesvolle experimenten. Bij voorkeur dienen de community projecten de problemen in de natuurlijke context te adresseren en in onderlinge samenhang. De projecten moeten een duidelijke missie, duidelijke doelen en duidelijk afgesproken effecten hebben waarvan niet wordt afgeweken, maar ze moeten juist flexibel zijn in de aanpak en werkmethodes. Er moet voldoende expertise en kwaliteit in de frontlijn aanwezig zijn, de expertise en de beslissingsverantwoordelijkheid van veldwerkers moet groot zijn, en hun training, monitoring en supervisie intensief en van hoge kwaliteit. Dit betekent een breuk met veel van de gangbare praktijk. Tenslotte moeten de veldwerkers worden aangemoedigd en in staat gesteld om hechte en intensieve relaties met hun cliënten op te bouwen, relaties die gekenmerkt worden door wederzijds vertrouwen en respect. Het komt regelmatig voor dat het transplanteren of opschalen van succesvolle projecten mislukt doordat gekort wordt op de middelen. Men zou er dan goed aan doen niet aan zo’n project te beginnen. Implementeren op een koopje kan niet (Diekstra, 2001).

3.5.2 Wijkgerichte interventies gericht op gezondheidsbevordering

Van de lokale projecten die in de database van het RIVM zijn opgenomen, wordt een groot aantal wijkgericht uitgevoerd. Er is een essentieel verschil tussen enerzijds projecten die in een wijk plaatsvinden die van boven af, top-down worden georganiseerd en uiteindelijk wel de wijkbewoners als doelgroep hebben en anderzijds wijkgerichte projecten volgens de community intervention benadering, waarin de bevolking actief betrokken wordt bij de vormgeving en uitvoering van de projecten (bottom-up). Deze benadering is kansrijk. Er komt steeds meer ervaring met deze bottom-up benadering, maar veel is nog onduidelijk en er zijn zowel onderzoekers als praktijkwerkers die nog kanttekeningen bij deze benadering plaatsen (Jansen et al., 2001).

In bijlage 11 worden enkele landelijk bekende voorbeelden van wijkgerichte gezondheidsbevorderingsprojecten beschreven, waarin gebruik wordt gemaakt van de principes van de community intervention benadering. Het betreft de wijkgerichte bevordering van gezond gedrag (Rotterdam), gezondheidscentrum in de wijk (Den Bosch), stichting ondersteuning maatschappelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (STIOM) (Den Haag) en het Beter in de Buurt project (Arnhem). De projecten zijn op initiatief of met medewerking van de GGD tot stand gekomen of werken met de GGD samen. Door hun bekendheid, hun samenwerkingsrelaties met andere partijen binnen de sociale pijler van het grotestedenbeleid en succes zijn sommige van deze projecten ook opgenomen in het Meerjaren Ontwikkelings Programma (MOP) van de eigen gemeente.

De voorbeelden representeren drie verschillende strategieën om op een wijkgerichte manier aan preventie en gezondheidsbevordering vorm te geven: via gezond gedrag, via de gezondheidszorg en het opbouwwerk, en via een benadering die zowel gericht is op

gezond gedrag als op de fysieke en sociale omgeving (de Haes & Voorham, 2000; Paes, 1999; Abbema & Ekelmans, 2001). Uit de voorbeelden zijn verschillende conclusies te trekken:

- Pogingen om participatie van de bevolking te realiseren door bij voorbaat de projecten op gezond gedrag te richten dienen rekening te houden met het feit dat het draagvlak daarvoor onder de bevolking vaak gering is.
- Pogingen om via de gezondheidszorg kwetsbare groepen te bereiken leggen primair de doelstelling bij het verlenen van (gezondheids)zorg, het verhogen van de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie. Als afgeleide hiervan worden maatschappelijke behoeften en problemen gesignaleerd, die tot wijkgerichte preventie-activiteiten (kunnen) leiden. Wanneer deze signalen worden opgepakt door sectoren buiten de gezondheidszorg, kan, en dat gebeurt in de praktijk ook, een verbreding van de preventie-activiteiten en de doelgroep optreden.
- Pogingen om de bredere achterstandsproblematiek in de wijk als uitgangspunt te nemen kennen een korte historie. Met deze benadering is nog geen uitgebreide ervaring opgedaan. Wel is gebleken dat zo'n project tot een grote hoeveelheid activiteiten in de wijk kan leiden.

De diverse voorbeeldprojecten wijzen op het belang van politiek draagvlak in de wijk en de deelgemeente. Diverse auteurs wijzen er op erop dat de aanwezigheid van gemeentelijk politiek draagvlak mede bepalend is voor de continuering van projecten, met name in financieel opzicht. De kansrijkheid van de beleidsinterventies lijkt te worden vergroot als er aansluiting is op landelijk overheidsbeleid (Nijboer & Pieterse, 2001).

Voor het tot stand brengen van community interventies moet gerekend worden met een lange opstartfase, waarin flexibel gewerkt kan worden. De GGD en de betreffende gezondheidswerker moeten eerst de wijk leren kennen en samen met de wijkbewoners en werkers in de wijk (opbouwwerk, huisartsen, onderwijs) tot een passende aanpak komen. Men mag bijvoorbeeld niet verwachten dat er direct minder gerookt wordt, als dit allemaal eerst moet gebeuren vóórdat een anti-rookcampagne in een wijk gestart kan worden (de Haes & Voorham, 2000).

Veel evaluatiedesigns passen niet bij het project: men verwacht effecten op de uitkomstmaten terwijl die redelijkerwijs nog niet verwacht kunnen worden. De uitkomstmaten van het grotestedenbeleid moeten passen bij de fase waarin de gezondheidsprojecten zich bevinden. Dus er moet in de eerste periode een sterk accent liggen op proces- en intermediaire uitkomstmaten (de Haes & Voorham, 2000; Witte, 2001; de Haes & Vaandrager, 2001).

3.5.3 Projecten vanuit het grotestedenbeleid

Tot nu toe heeft het accent in de beschrijving van interventieprojecten sterk gelegen bij projecten die vanuit de gezondheidssector zijn gestart. Men kan zich ook de vraag

Tabel 3.4: Hoofdthema's binnen de sociale pijler van de stedelijke ontwikkelingsprogramma's 1999-2003 (Bron: AEF, 1999).

Hoofdthema's	Aantal steden
Langdurig werklozen	22
Jeugd/onderwijs	19
Veiligheid/leefbaarheid	19
Kwetsbare groepen	16
Integratie/participatie	11
Wijken	9
Voorzieningen/sociale infrastructuur	6
Minderheden	5
Sport/cultuur	4
Inkomen	3

stellen welke mogelijkheden er bestaan om vanuit de gezondheidszorg aan te sluiten bij projecten die vanuit andere sectoren binnen het grotestedenbeleid (GSB) zijn ingebracht. De beste mogelijkheden voor de gezondheidssector om aansluiting te zoeken bij bestaande GSB-projecten liggen binnen de sociale pijler van het GSB. Op verzoek van de steden zelf heeft het onderzoeksbureau AEF een analyse van de lokale plannen binnen de sociale pijler gemaakt (AEF, 1999). AEF heeft daarbij gekwantificeerd hoeveel steden aandacht besteden aan de hoofd- en subthema's binnen die pijler. De resultaten staan vermeld in tabel 3.4 en 3.5.

De geïdentificeerde hoofdthema's zijn een mengeling van doelgroepen en beleidsvelden. Dit weerspiegelt deels de spanning tussen een doelgroep- en een probleemgeoriënteerde benadering en beschrijving van projecten. Langdurig werklozen, jeugd/onderwijs, veiligheid/leefbaarheid en kwetsbare groepen worden door meer dan de helft van de G21 en door alle G4 genoemd. De geïdentificeerde subthema's laten een grote variatie zien. Er is keuze in aansluitingsmogelijkheden genoeg. Anderzijds laten de geï-

Tabel 3.5: Subthema's binnen de sociale pijler van de stedelijke ontwikkelingsprogramma's 1999-2003 (Bron: AEF, 1999).

Aantal steden	Subthema's
Zeer veel (meer dan 17 steden)	schoolverlaten, activering langdurig werklozen, sociale activering, armoede, ouderen, daklozen, wijkveiligheid.
Veel (13-17 steden)	brede school, sluitende aanpak, jeugd en veiligheid, verslavingszorg, sociale voorzieningen in de wijk, verenigingsleven, breedtesport.
Niet zo veel (8-12 steden)	voorschoolse opvang, opvoedingsondersteuning, kwaliteit onderwijs, aansluiting onderwijs-arbeid, gesubsidieerde arbeid, integrale jongeren-netwerken, psychiatrische patiënten, drugsoverlast, gezondheidszorg, cultuurparticipatie, minderheden algemeen, oudkomers, inburgering nieuwkomers.

dentificeerde subthema's ook zien dat niet alle onderwerpen in alle steden even hoog op de agenda staan, hetgeen de keuzemogelijkheden binnen elke stad afzonderlijk weer beperkt.

De AEF-studie is in een vroeg stadium verricht en is daardoor noodgedwongen gericht geweest op een analyse van de voorgenomen en niet van de daadwerkelijk uitgevoerde plannen. Niet alle plannen zullen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Sommige plannen zullen wellicht minder uitgebreid worden uitgevoerd dan was voorgenomen of in een enkel geval helemaal niet van start gaan. Over de effecten van de projecten kan deze studie daarom helaas nog niets zeggen, en dus zeker niet over de mogelijke gezondheids-effecten ervan.

Bij de meeste projecten die in het kader van de sociale pijler van het grotestedenbeleid worden uitgevoerd, ligt het initiatief buiten de gezondheidssector. Het is goed denkbaar dat het tot stand brengen van een betrokkenheid van de gezondheidssector bij die projecten ook tot gezondheidswinst voor betrokken doelgroepen zou kunnen leiden. Verzuimende scholieren kunnen bijvoorbeeld moeilijk door de jeugdgezondheidszorg bereikt worden. Door samenwerking met schoolverzuimprojecten zou de jeugdgezondheidszorg die moeilijk bereikbare doelgroep wellicht beter kunnen bereiken dan door middel van de gangbare methode. Een zelfde gedachtengang is voor de andere projecten in de sociale pijler mogelijk. Hetzelfde geldt voor projecten binnen de economische en fysieke pijler, zoals bijvoorbeeld werkgelegenheidsprojecten of openbaar vervoerprojecten. De relevantie voor gezondheidsbeleid stopt niet bij de sociale pijler. Het vergt een aparte exercitie om ook die samenwerkingsmogelijkheden en de gezondheidswinst die daarvan te verwachten is, beter in beeld te krijgen. Zo'n exercitie zou zeker nut kunnen afwerpen.

3.5.4 Conclusie

Er is in de grote steden een grote variëteit in tijdelijke interventieprojecten die de bevordering van de gezondheid tot doel hebben. Het merendeel daarvan is gericht op gezond gedrag, een kleiner deel op een gezonde sociale omgeving en een zeer beperkt deel op een gezonde fysieke leefomgeving. Er is een grote verscheidenheid aan doelgroepen. Een deel van de projecten wordt in achterstandswijken van grote steden uitgevoerd. Intersectorale samenwerking komt regelmatig voor. Het initiatief voor deze projecten ligt merendeels bij de preventieve gezondheidszorg (GGD'en) en soms bij de curatieve gezondheidszorg.

De mate waarin de bevolking erbij betrokken wordt, verschilt tussen projecten. Het aantal wijkgerichte projecten dat uitgaat van een community intervention benadering is nog beperkt. Sommige daarvan nemen de bevordering van gezond gedrag als vertrekpunt, andere de problematiek die in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gesignaleerd en een enkele de algemene achterstandsproblematiek in de wijk of buurt. Een aantal van deze projecten is ook opgenomen in de Meerjaren Ontwikkelings Programma (MOP) van de betreffende gemeente.

Binnen elke GSB-gemeente worden in het kader van het MOP veel projecten uitgevoerd, waarvan het initiatief buiten de gezondheidssector ligt. Het zou een nuttige exercitie zijn om per gemeente deze projecten langs te lopen en te zien waar mogelijkheden voor een nuttige inbreng van de preventieve gezondheidssector liggen.

3.6 Conclusie

De analyse van het landelijke en lokale gezondheids- en grotestedenbeleid en van de uitvoering daarvan, levert het volgende beeld op. Er wordt zowel in het landelijke als in het lokale beleid aandacht besteed aan de problematiek in achterstandswijken van grote steden, zowel aan de gezondheidsproblemen als aan andere problemen die daar spelen. Er is echter geen voor de hand liggende oplossingmethode om de complexe achterstandsproblematiek op te lossen. Wel is duidelijk dat minstens een deel ervan op het lokale niveau, in de buurten en in de wijken opgelost moet worden. Ook duidelijk is dat de gezondheidsproblemen met de problemen in andere sectoren zijn verweven. Dit resulteert in een groot scala aan, vaak tijdelijke, projecten en een accent op het bevorderen van samenwerking. De samenhang en afstemming tussen de projecten is echter nog ontoereikend. Dat komt onder meer doordat de beleidsdoelen tussen het algemene achterstandsbeleid, het grotestedenbeleid en het gezondheidsbeleid nog niet overal goed zijn afgestemd. Verder zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden over en weer niet altijd duidelijk. Tenslotte is er nog te weinig wetenschappelijk onderbouwde kennis over succes- en faalfactoren van interventies en de effecten daarvan op de gezondheid. Wel is er veel praktijkkennis beschikbaar, die onmisbaar is om interventieprojecten succesvol op te zetten en deze af te stemmen op de specifieke (gezondheids)problematiek in de verschillende wijken. Verbeteringen zijn mogelijk door uit te gaan van een probleemgerichte en integrale benadering, beleidssectoren onderling beter te laten afstemmen, meer continuïteit te brengen in wijkgerichte projecten samen met voldoende flexibiliteit in de uitvoering, lopende interventies beter te documenteren, en door op een aantal punten meer onderzoek te verrichten.

4 WAT BRENGT DE TOEKOMST?

Kernboodschap

Wanneer de huidige trends zich voortzetten, zal de gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken in de grote steden ook in de toekomst achterblijven bij de rest van Nederland. Een belangrijke negatieve factor is het ruimtegebrek, dat naar verwachting zal leiden tot een toenemende druk op de stedelijke leefomgeving. Ook als de leefomgeving in de huidige achterstandswijken verbetert, blijft er een beleidsopgave, omdat andere wijken in de grote steden zich tot nieuwe achterstandswijken kunnen ontwikkelen.

In de toekomst zullen de problemen rond de gezondheid van bewoners van achterstandswijken in de grote steden blijven voortbestaan en mogelijk zelfs groter worden. Zo zijn problemen te verwachten rond (relatieve) armoede, maatschappelijke achterblijvers, een toenemende instroom van nieuwkomers en toename van verstedelijking. Er zijn aanwijzingen dat sociaal-economische gezondheidsverschillen zich nog meer in de steden zullen concentreren.

Weliswaar is de kans aanwezig dat de *absolute omvang* van sommige achterstandsgroepen afneemt, maar er is daarnaast een grote kans dat de *relatieve* sociaal-economische verschillen groter worden, waardoor de sociaal-economische achterstand van de achterblijvers toeneemt. Ook de verschillen naar etniciteit zullen duidelijker zichtbaar worden, omdat de omvang en de concentratie van allochtone bevolkingsgroepen in de steden sterk zullen toenemen. Door ruimtegebrek ontstaat een toenemende druk om de beschikbare ruimte in de steden voor meerdere doelen te gebruiken, waardoor extra inspanningen nodig zijn om de kwaliteit van de leefomgeving in stand te houden en te verbeteren.

4.1 Introductie

Dit hoofdstuk is gericht op de vraag hoe de gezondheidstoestand van verschillende achterstandsgroepen zich in de grote steden in de toekomst zou kunnen ontwikkelen. De specifieke vragen zijn:

- Wat weten we over de toekomstige demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland die relevant zijn voor de grote steden?
- Welke gevolgen kunnen deze ontwikkelingen hebben voor de aard en omvang van maatschappelijke achterstanden in de grote steden?
- Welke gevolgen kunnen al deze ontwikkelingen hebben voor de gezondheidstoestand van achterstandsgroepen in de grote steden en voor de (relatieve) gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen en tussen stadswijken?

Dit hoofdstuk beperkt zich tot het signaleren van trends en schetst geen beleidsscenario's.

4.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Er zijn sterke maatschappelijke ontwikkelingen zichtbaar die een blijvende of zelfs toenemende concentratie van achterstandsgroepen in de grote steden aannemelijk maken.

4.2.1 Sociaal-demografische ontwikkelingen

In toekomstverwachtingen over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking nemen demografische ontwikkelingen een belangrijke plaats in, omdat deze relatief goed te voorspellen zijn. Demografische prognoses voor afzonderlijke steden zijn uiteraard onzekerder dan de landelijke prognoses en dat geldt des te sterker voor prognoses over de omvang en samenstelling van de bevolking in wijken.

Sociaal-demografische ontwikkelingen in Nederland

In de VTV-97 werd op basis van prognoses van het CBS geschat dat in de periode 1995 tot 2015 de totale bevolking in *Nederland* zal groeien met 8% en het aantal inwoners van grote steden met 9%. Voor de gezondheid is relevant hoe de ontwikkeling is bij groepen die een verhoogd gezondheidsrisico hebben. Sommige van deze groepen zullen naar verwachting sterker groeien: niet-westerse allochtonen met 85%, 65-plussers met 43% en alleenwonenden met 36%. Het aantal personen met alleen lage opleiding vormt een gunstige uitzondering en zal dalen met 33%. Rondom deze schattingen bestaan ruime onzekerheidsmarges, vooral met betrekking tot het aantal allochtonen (Mackebach & Verkleij, 1997).

Twee derde van de bevolkingsgroei in de komende tien jaar in Nederland kan worden toegeschreven aan de groei van het aantal niet-westerse allochtonen (Alders, 2001). Tabel 4.1 splitst de prognose voor het aantal niet-westerse allochtonen voor de periode 2000–2010 uit naar land (of werelddeel) van herkomst en naar generatie.

Tabel 4.1: Prognose aantal niet-westerse allochtonen in Nederland (x 1000) (Bron: Alders, 2001).

Land van herkomst	2000	2010	Toename in %
Azië	226	425	88%
Turkije	309	381	23%
Marokko	262	359	37%
Suriname	303	344	14%
Afrika	151	263	74%
Nederlandse Antillen en Aruba	107	176	64%
Latijns-Amerika	51	86	69%
1e generatie	900	1.200	30%
2e generatie	500	800	60%
<i>Totaal</i>	<i>1.400</i>	<i>2.000</i>	<i>43%</i>

De sterkste groeipercentages betreffen de niet-westerse allochtonen uit landen in Azië, Afrika en Latijns-Amerika. De tweede generatie groeit sneller dan de eerste generatie en vergeleken met autochtonen zijn niet-westerse allochtonen een jonge bevolkingsgroep. Op dit moment is 40% van de niet-westerse allochtonen jonger dan 20 jaar. De groei van het aantal allochtonen heeft daarom een remmend effect op de vergrijzing in Nederland. De vergrijzing onder de niet-westerse allochtonen zelf begint overigens wel duidelijk op gang te komen. Het percentage 65-plussers onder niet-westerse allochtonen is zeer laag, op dit moment 2%, in 2010 is bijna 5% 65 jaar of ouder. In absolute aantallen bereikt deze groep dan een omvang van circa 80 duizend personen (Alders, 2001).

Demografische ontwikkelingen in de grote steden

Het aantal inwoners in de grote steden zal in de periode 2000-2010 naar verwachting met een vergelijkbaar percentage toenemen als in de andere Nederlands gemeenten, maar er zijn aanzienlijke verschillen tussen de steden. De verwachte groei is het sterkst in de vijf steden met meer dan 100.000 inwoners die géén deel uitmaken van het grotestedenbeleid (21%) en duidelijk minder in de andere steden. De verwachte groei in de G-nieuw is 8% en in de G-21 6%. Voor de vier grote steden tezamen wordt zelfs een lichte bevolkingsafname verwacht (Bron: ABF Primos-model 2000, berekening RIVM).

In de grote steden wordt een kleinere groei van het aantal ouderen verwacht dan gemiddeld in Nederland. Er zullen - zo was de verwachting van de WRR in 1990 - over een aantal jaren nog wel relatief meer ouderen in de grote steden wonen, maar het verschil met de rest van de Nederland wordt kleiner. Dit geldt echter niet voor de groep van allochtone ouderen. Deze groep zal, zoals gezegd, de komende jaren in omvang groeien. Ook het percentage eenoudergezinnen en alleenstaanden neemt de komende jaren in de grote steden verder toe (Van Oers et al., 1997).

De verwachting is dat het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking verder zal toenemen. Voor de grote steden zal dit mede afhangen van het onderwijsniveau van nieuwe immigranten en het succes van scholing van de volwassen nieuwkomers en hun kinderen in Nederland (Tesser et al., 2001).

Immigranten vestigen zich relatief veel in de Randstad, vooral in de grote steden. Aangenomen wordt dat het *aantal en het aandeel* allochtonen in de grote steden ook in de toekomst sterk zal blijven groeien. Vooral de groep afkomstig uit 'overige arme landen' (onder andere uit Azië en Afrika) zal in omvang toenemen. Hierdoor zal de culturele diversiteit toenemen.

Een gemeentelijke allochtonenprognose is niet beschikbaar. Daarom baseren we ons op de wel beschikbare allochtonenprognose van GGD-regio's (Huisman & van Wissen, 1998). Deze is redelijk goed bruikbaar voor de vier grote steden, omdat deze GGD-regio's grotendeels overeenkomen met de steden zelf. Voor de andere steden die deelnemen aan het grotestedenbeleid is dat echter niet het geval. In tabel 4.2 is de prognose voor de vier grootstedelijke GGD-regio's weergegeven voor de periode 1996-2016. De

Tabel 4.2: Prognose aantal niet-westerse¹ allochtonen in de vier grootstedelijke regio's (GGD-regio's) (Bron: Huisman & van Wissen, 1998).

GGD-regio	1996	2016	Toename in %
Amsterdam	204.000	361.000	77%
Rotterdam e.o.	152.000	244.000	66%
Den Haag	99.000	152.000	54%
Utrecht	36.000	52.000	44%
<i>Totaal G4</i>	<i>492.000</i>	<i>808.000</i>	<i>64%</i>

¹ Turkije, Marokko, Antillen, Suriname, Overige arme landen

gekozen periode is afwijkend van de prognose in tabel 4.1, omdat de regionale allochtonenprognose voor de periode 2000-2010 niet beschikbaar is.

Het totaal *aantal* niet-westerse allochtonen in de G4 neemt in de periode 1996-2016 volgens de prognose toe van 492 duizend naar 808 duizend. Dit is een stijgingspercentage van 64%. Het *aandeel* van de niet-westerse allochtonen in de bevolking van de vier grote steden stijgt van circa 25% naar circa 40% (niet in de tabel). Voor alle herkomstlanden geldt dat in de vier grote steden de tweede generatie sneller toeneemt dan de eerste (Huisman & Van Wissen, 1998).

Demografische ontwikkelingen in achterstandswijken

Er is in de achterstandswijken een concentratie van allochtonen en van groepen met een laag inkomen en een lage opleiding (zie ook paragraaf 2.2). Het SCP verwachtte in 1996 dat deze concentratie zou toenemen als gevolg van immigratie, achterblijvende stedelijke werkgelegenheid en een ongelijke verdeling van dure en goedkope woningen tussen buurten (Van der Wouden, 1996; Tesser & van Praag, 1996).

Nu, vijf jaar later, zijn deze verwachtingen deels wel en deels niet uitgekomen: de ontwikkelingen ten aanzien van de immigratie gelden ook nu nog, maar de economie heeft zich de afgelopen jaren veel gunstiger ontwikkeld dan verwacht. De gunstige economische ontwikkeling heeft geleid tot dalende werkloosheidscijfers, ook in de grote steden. Wel blijft de langdurige werkloosheid een hardnekkig probleem (ISEO, 2000).

De ruimtelijke concentratie van lage inkomensgroepen is in de afgelopen jaren (tussen 1994 en 1998) sterker geworden. Die concentratie is in de grote gemeenten het grootst. (SCP/CPB, 2000). Hoewel op diverse punten (onderwijs en arbeidsmarkt) de integratie van allochtonen de afgelopen jaren verbeterd, is ook de segregatie van allochtonen in stedelijke woonwijken de laatste jaren toegenomen, mede doordat autochtone inwoners de wijken met allochtone minderheden verlieten (Dagevos et al., 2001; Dagevos, 2001). Er zijn in de vier grote steden tezamen 22 buurten (postcodegebieden) met meer dan 50% niet-westerse allochtonen. In de rest van Nederland is er slechts één buurt met zo'n hoog aandeel. Van de 5-14 jarige bevolking van de vier grote steden behoort bijna de helft tot de niet-westerse allochtonen (Tesser et al., 1999).

Gegeven deze trend is voor de toekomst een toenemende segregatie en concentratie van allochtonen en van lage inkomensgroepen in achterstandswijken in de grote steden te verwachten. Wijken met weinig koopwoningen, met veel flats en huurwoningen maken een grote kans om in status te zakken of hun lage status te behouden (Knol & Verkleij, zie paragraaf 2.2). Deze wijken komen veelvuldig voor in de grote steden, en de ontwikkelingen op de woningmarkt zijn niet in alle opzichten gunstig voor het verminderen van de concentratietendens door de sterk oplopende prijzen van koopwoningen (NRC, 19 en 20 juni 2001). Het beleid is er echter op gericht dure en goedkopere huizen in wijken meer en meer te gaan mengen (woningdifferentiatie, 'gemend bouwen'), wat de concentratietendens moet afzwakken (VROM, 2000; VROM 2001). Het is nog onbekend wat het kwantitatieve effect van dit beleid zal zijn.

4.2.2 Toekomstige economische ontwikkelingen

De afgelopen tien jaar heeft Nederland een voorspoedige economische ontwikkeling doorgemaakt. De ontwikkeling was zelfs zo voorspoedig dat de toekomstverwachting van het CPB de afgelopen jaren steeds in rooskleurige termen was gesteld, en weinigen rekening hielden met een dalende welvaart. In de eerste helft van 2001 nam de groei echter sterk af, en het CPB verwacht dat deze afname langer duurt dan eerder werd vermoed. Het CPB ziet overigens economische signalen dat de groei weer gaat toenemen, maar acht de vooruitzichten nog erg onzeker. De onzekerheden zijn nog vergroot door de terroristische aanslagen in de Verenigde Staten op 11 september 2001 (CPB, 2001).

In het verleden is gezondheidswinst in Nederland mede tot stand gekomen door de toename van de welvaart en de mogelijkheden die dat schiep voor betere sanitaire voorzieningen, goede voeding, betere arbeidsomstandigheden en beter onderwijs. Er is in de wetenschappelijke sociaal-medische literatuur echter toenemend bewijs (én consensus) dat de gezondheid van de bevolking in de rijkere landen niet langer recht evenredig toeneemt met toenemende welvaart, maar dat nu de wet van de verminderde meeropbrengst geldt (Van Doorslaer, 2001). Er zijn bovendien aanwijzingen dat de inkomensverdeling, de verdeling van maatschappelijke kansen en de sociale cohesie in een land van belang zijn voor de gezondheid van de gehele bevolking. De volksgezondheid in de rijkere westerse landen lijkt positief beïnvloed te worden als verschillen in inkomen en maatschappelijke kansen tussen bevolkingsgroepen geringer zijn en de maatschappelijke cohesie groter is. Die gezondheidswinst zou dan vooral bereikt worden in de lagere sociaal-economische klassen, maar ook de hogere sociaal-economische klassen zouden hiervan profiteren (Wilkinson, 1999).

Er zijn op dit moment ook duidelijke veranderingen waarneembaar in de economische positie van de grote *steden* die van betekenis zijn voor de gezondheid van de bewoners van de steden en van bevolkingsgroepen binnen de steden. De economische verhouding tussen grote steden en hun omgeving is de afgelopen decennia veranderd. In de jaren zestig bevond 80% van de regionale werkgelegenheid zich in de centrale stad, nu is dat in de grote steden van Nederland nog maar 65%. De Europese steden ontwikkelen zich

steeds meer tot een diensteneconomie. De binnensteden worden vestigingsplaatsen van zakelijke dienstverlening (banken, hoofdkantoren), terwijl ook aan de randen van de steden grote concentraties van bedrijven ontstaan. Stedelijke gebieden worden in toenemende mate een knooppunt van wereldwijde netwerken rond cultuur, wetenschap, kunst en mode.

Steden zullen hierdoor steeds meer nationaal en internationaal moeten concurreren om zich van andere steden te onderscheiden. De stad zal er in toenemende mate voor moeten zorgen aantrekkelijk te blijven voor bedrijven en inwoners. Grote internationale bedrijven zoeken de meest gunstige vestigingsplaatsen op, waar deskundig personeel te vinden is en die aantrekkelijk zijn om in te wonen. Steden die zich op deze manier een plaats proberen te veroveren in de internationale economie, hebben veel aandacht voor het aantrekkelijk maken van de stad voor hoger opgeleiden. Zij zien de aandacht voor de belangen van minder hoog opgeleiden vaak als een afgeleide daarvan. De redenering is dan dat meer welvaart in de stad ook *als vanzelf* tot meer welvaart voor de lager opgeleiden leidt, en daarmee tot een beter welzijn en een betere gezondheid van deze groep. Sommigen zien echter het belang om een actiever sociaal beleid ten aanzien van de laag opgeleiden te voeren. Zij vrezen dat anders de werkloosheid onder deze groep sterk stijgt, wat zou kunnen leiden tot een minder aantrekkelijk imago van de stad (Kotkin, 2000; Nyfer, 2000).

Groei van de landelijke en van de stedelijke economie komt niet automatisch ook aan alle bewoners van de steden ten goede. In eerste instantie ontstaat vaak een verscherping van de ongelijkheid, die later weer minder *kan* worden. Opvallend is dat zelfs onder ideale omstandigheden het overdrachtseffect niet uit zichzelf een evenredige verdeling oplevert: de toegenomen welvaart druppelt maar traag door naar beneden. Te eenzijdige oriëntatie op hoogwaardige werkgelegenheid kan leiden tot grotere ongelijkheid (Sadiraj, 2001).

Zelfs in een gunstig economisch klimaat is het dus niet te verwachten dat de gezondheid van alle groepen bewoners van de stad evenredig zal toenemen en de verschillen in gezondheid zullen verminderen. Bovendien wordt ook de samenstelling van de bevolking van de steden mede bepaald door de (internationale) economische ontwikkelingen. Zowel een toename van hoog opgeleide migranten uit andere, rijkere landen als een blijvende toename van laag opgeleide migranten uit armere landen is te verwachten.

4.2.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In samenhang met economische ontwikkelingen zijn ook sociaal-culturele ontwikkelingen van belang voor de gezondheid in de grote steden. Vooral de individualisering, de toenemende opleidingsniveaus en de internationalisering lijken relevant.

Cruciaal wordt vermoedelijk de vraag of de tendens van individualisering gepaard kan en zal gaan met een voldoende hoog niveau van maatschappelijke solidariteit of tot een

toename van maatschappelijke tegenstellingen zal leiden. Individualisering kan leiden tot positieve gezondheidseffecten wanneer meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid leidt tot meer gezond gedrag. Maar ook negatieve gezondheidseffecten kunnen het gevolg zijn, wanneer individualisering leidt tot meer risicozoekend gedrag, afnemende gevoeligheid voor gezondheidsvoorlichting, toename van sociale uitsluiting en versterking van relatieve verschillen tussen bevolkingsgroepen in deelname aan de maatschappelijke welvaart.

Het SCP wijst erop dat de tendens tot individualisering op gespannen voet kan staan met de solidariteit en de sociale samenhang in de maatschappij. De toegenomen welvaart omvat niet iedereen en verscherpt sommige problemen zelfs. Er zijn groepen die buiten de boot vallen. Allereerst de achterblijvers op economisch gebied, die ook sociaal achterblijven en onvoldoende deel hebben aan de samenleving. Daarnaast de nieuwkomers die nog geen deel hebben aan de welvaart en ook op welzijnsgebied hulp en ondersteuning behoeven. Sommige negatieve ontwikkelingen rond criminaliteit en sociale uitsluiting blijken moeilijk door de bestaande sociale infrastructuur tegen te houden of tegen te gaan (SCP, 2001a). Deze ontwikkelingen kunnen in de steden eerder tot uitdrukking komen en tot negatieve gezondheidseffecten leiden.

4.2.4 Ruimtelijke ontwikkelingen en woningbouw

De komende jaren is in Nederland evenals in andere Westerse landen een toename van de verstedelijking te verwachten. Deze zal vooral tot uitdrukking komen in de groei van stedelijke agglomeraties en uitbreiding van groeikernen. De totale ruimtevrage in Nederland is groter dan de beschikbare ruimte. De stedelijke leefomgeving komt daarvoor in alle steden onder druk te staan. Een aantal steden heeft nu al nauwelijks meer ruimte om te kunnen uitbreiden. De Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening (VIJNO) kiest voor drie interventiestrategieën om aan de toenemende ruimtevrage te voldoen: intensiveren van ruimtegebruik, combineren van functies en transformeren van ruimten in de stad om deze beter aan te laten sluiten bij de vraag, onder andere door herstructurering van woonwijken in de stad.

De omvang en samenstelling van de stedelijke bevolking in 2010 kan enigszins variëren al naar gelang de keuze van bouwlocaties. Er zijn in de aanloop van de VIJNO verschillende varianten van stedelijke ontwikkeling doorgerekend. Deze verschillen van elkaar in de mate waarin de woningbouw zich in de bestaande steden en groeigemeenten concentreert tegenover de mate waarin op het platteland wordt gebouwd om te voldoen aan de vraag van de consument naar meer ruimte in en om de woning. De verschillende varianten lijken meer invloed te hebben op de totale omvang van de stedelijke populatie dan op de samenstelling van de stedelijke bevolking (Oskamp et al., 2000).

Om te voorkomen dat goedkope stadsbuurten achteruitgaan en er concentraties van achterstand ontstaan stellen zowel de VIJNO als de Nota Wonen voortzetting voor van het beleid gericht op woningdifferentiatie naar prijs en kwaliteit, zowel in de bestaande ste-

den als in nieuwbouwwijken. Om aan de koopkrachtiger vraag te voldoen dient volgens de Nota Wonen meer voor het duurdere segment van de woningmarkt te worden gebouwd. In de Nota Wonen worden verschillende typen achterstandswijken in de grote steden onderscheiden met elk een aanbevolen strategie om deze probleemwijken op een evenwichtige manier te herstructureren, vergezeld van goed sociaal beleid (VROM 2000; VROM 2001).

De vraag kan worden gesteld of de VIJNO en de Nota Wonen hun sociale doelstellingen in de praktijk voldoende kunnen waarmaken, gezien de verwachte grote druk op de stedelijke ruimte en de gelijktijdige vrijheid die marktpartijen op de woningmarkt krijgen. De sociale woningbouw kan daardoor in de knel komen. Naarmate de verdichting van de stad toeneemt, wordt het belang van een goede kwaliteit van de woonomgeving voor de gezondheid groter. Het risico bestaat dat de nadelige effecten van de 'verdichting' vooral neerkomen op kwetsbare groepen. Het beleid legt steeds meer initiatief bij de woonconsument, maar de keuzemogelijkheden van huishoudens met een lage sociaal-economische status zijn nog steeds beperkt (Van den Bogaard, 2001).

4.3 De toekomst van sociaal-economische verschillen in de steden

De absolute omvang van sociaal-economische achterstandsgroepen neemt in de toekomst mogelijk af. Desondanks is er een grote kans dat de *relatieve* sociaal-economische achterstand van de achterblijvers groter wordt.

De gevolgen die bovenstaande ontwikkelingen de afgelopen jaren hebben gehad voor de sociaal-economische achterstand van bevolkingsgroepen kan goed worden samengevat met een citaat uit het onlangs verschenen SCP-rapport De Sociale Staat van Nederland 2001: "In de jaren negentig is het met de meeste bevolkingsgroepen beter gegaan. De economische groei, met als gevolg meer banen, minder werkloosheid en hogere inkomens, zorgde ervoor dat ook groepen die voorheen achterbleven, zich meer uitgaven konden veroorloven. Bovendien nam het percentage mensen dat in een maatschappelijke achterstandspositie verkeerde af. De keerzijde is echter dat de ongelijkheid in leefsituatie tussen werkenden en niet-werkenden en tussen laag- en hoog opgeleiden toenam. Ook allochtonen hebben niet in gelijke mate kunnen profiteren van de verbeterde leefsituatie. Mede als gevolg van de oververtegenwoordiging van groepen die relatief achterblijven in de vier grote steden, verslechterde de leefsituatie daar" (SCP, 2001b).

Als we deze lijn naar de toekomst doortrekken, ontstaat het volgende beeld. In optimistische toekomstvisies neemt de *absolute* omvang van de laagste SES-groep in Nederland af door verhoging van opleidingsniveaus, daling van de werkloosheid en afname van het aantal uitkeringsgerechtigden. Men zou echter ook rekening moeten houden met een meer pessimistische toekomstvisie, waarin de economie zich niet gunstig ontwikkelt. In dat geval zou de absolute omvang van de laagste SES-groep niet of minder afne-

men. Bovendien is het ook duidelijk dat er in de toekomst rekening moet worden gehouden met een toenemende immigratie vanuit een grote diversiteit van landen. Een belangrijk deel van de immigranten zal een lage opleiding hebben en in de grote steden gaan wonen.

Trekken we de trend van de afgelopen jaren door, dan zullen de *relatieve* sociaal-economische verschillen tussen de meest en minst bevoorrechte groepen in Nederland in de toekomst vermoedelijk toenemen. Een aantal deelgroepen (zoals vroegtijdig schoolverlaters, langdurig werklozen, WAO-ers en verschillende groepen allochtonen) zal er wellicht niet in slagen om in de maatschappij mee te komen en hun leefsituatie zal in vergelijking met anderen (die juist wel vooruit gaan) daardoor mogelijk verder achterblijven.

De kans is bovendien aanwezig dat de steeds wijder wordende mazen van de verzorgingsstaat en de toenemende maatschappelijke druk om als zelfstandig individu de eigen problemen op te lossen als gevolg hebben dat de absolute omvang van de groep mensen die door de mazen van dat net heen valt en een *marginale* bestaan gaat leiden (zoals dak- en thuislozen, verslaafden, ex-psychiatrische patiënten), toeneemt waardoor er een toenemende druk ontstaat op vangnetvoorzieningen in de maatschappelijke opvang.

Al met al is de kans relatief groot dat de concentratie van groepen met een economische achterstand en marginale groepen zich vooral in de grote steden zal voordoen als gevolg van het grotere aanbod van goedkope woningen en het anonieme karakter van de steden. Dit geldt zelfs in de optimistische toekomstvisies waarin de stedelijke economieën bloeien, achterstandswijken geherstructureerd zijn en de sociale veiligheid in die wijken is toegenomen.

4.4 De toekomstige gezondheidstoestand

Niet alleen in het heden bestaan er concentraties van gezondheidsproblematiek in de grote steden, maar ook in de toekomst zijn die te verwachten.

4.4.1 Toekomstige ontwikkelingen in gezondheid in Nederland

Tot de belangrijkste aandoeningen die in 1994 en ook nu het beeld van de Nederlandse volksgezondheid bepalen, behoren zowel lichamelijke als psychische aandoeningen: longkanker, depressie, angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol, gezichts- en gehoorstoornissen, coronaire hartziekten, beroerte en CARA. Deze aandoeningen bepalen het beeld doordat ze veel voorkomen, veel verlies van kwaliteit van leven met zich meebrengen of tot veel vroegtijdige sterfte leiden. Op basis van trends in het verleden werd in 1994 een verdere toename in levensverwachting met 2,5 jaar voor mannen en 1 jaar voor vrouwen verwacht tot 2015. Het absoluut aantal ziektegevallen zal door de

groei en de vergrijzing van de bevolking sterk stijgen. Vooral aandoeningen die bij ouderen veel voorkomen zullen in de periode 1994-2015 sterk stijgen. Voor veel chronische ziekten en aandoeningen - zoals kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, CARA en aandoeningen van het bewegingsapparaat - worden stijgingspercentages verwacht die tussen de 25 en 60% liggen in deze periode van twintig jaar. Hierdoor zal meer zorg nodig zijn, maar zijn bovendien sterke verschuivingen in de zorg noodzakelijk: een sterkere groei van de zorg op oudere leeftijd en een minder sterke groei van de zorg voor de jongere en middelbare leeftijdsgroep (Ruwaard & Kramers, 1997). Er is geen reden om aan te nemen dat deze verwachting op dit moment bijgesteld moet worden.

Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen in Nederland. Die verschillen zijn het omvangrijkst naar sociaal-economische status. Personen met een lage opleiding leefden in 1994 gemiddeld 3,5 jaar korter en brengen bijna 12 jaar minder door in goede gezondheid dan hoger opgeleiden. De gezondheidsverschillen naar SES waren in de jaren vóór 1994 niet afgenomen, en op sommige punten zelfs toegenomen (Ruwaard & Kramers, 1997). Een toekomstverwachting over de omvang van gezondheidsverschillen werd in VTV-97 niet uitgesproken, en meer recente cijfers zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Het verminderen van gezondheidsverschillen is sinds 1985 een belangrijke doelstelling van het internationale gezondheidsbeleid van de Wereld Gezondheids Organisatie en blijft dit naar verwachting ook in de toekomst (WHO, 1998).

4.4.2 De toekomstige gezondheidstoestand in achterstandswijken van de grote steden

De algemene ontwikkelingen in de gezondheid van de Nederlandse bevolking die hierboven geschetst zijn voor heel Nederland, zullen zich ook voordoen in de achterstandswijken van grote steden. Ook de grote steden zullen geconfronteerd worden met het toenemend belang van psychische aandoeningen en met de gezondheidsproblemen die samenhangen met de vergrijzing zoals de toename van chronische zieken en de problematiek van alleenstaande, zorgafhankelijke en demente bejaarden. De relatief jonge allochtone bevolkingsgroep in de grote steden zal het vergrijzingseffect iets vertragen. De grote steden zullen verder ook geconfronteerd worden met de gevolgen van de extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Daardoor zullen meer zorgafhankelijke mensen een beroep doen op zelfstandige of semi-zelfstandige woonruimte. Velen van hen zullen financieel minder draagkrachtig zijn en dus op zoek gaan naar relatief goedkope woningen, wat een extra druk legt op de stadswijken waarin zich relatief veel goedkope woningen bevinden.

Een blik op de hierboven beschreven toekomstige ontwikkelingen in de grote steden ondersteunt de resultaten van de probleemanalyse in hoofdstuk 2. Niet alleen in het heden, maar ook in de toekomst zijn concentraties van gezondheidsproblematiek in de

grote steden te verwachten. Zeker de relatieve verschillen in leefsituatie tussen hogere en lagere SES-groepen zullen in de toekomst aanwezig zijn, en wellicht toenemen. Deze verschillen werken ook door in de gezondheidstoestand, zodat geconcludeerd kan worden dat er sterke ontwikkelingen aanwezig zijn die de relatieve gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen en tussen wijken in de stad zullen versterken.

De sterke groei en concentratie van het aantal allochtonen in de grote steden zullen gevolgen hebben voor de absolute omvang van de gezondheidsproblemen die kenmerkend zijn voor de al aanwezige eerste en tweede generatie allochtonen en voor de nieuwe groepen immigranten, asielzoekers en illegalen. De toename van allochtone ouderen is al eerder genoemd. Het is verder niet onwaarschijnlijk dat de gezondheidsgeschiedenis van eerdere (arbeids)immigratiegolven - relatief goed gezond bij aankomst, maar een relatief snelle vermindering van de gezondheid als gevolg van aanpassingsproblemen en relatief slechte leefomstandigheden in de jaren na aankomst - zich ook zullen voordoen bij sommige van de huidige groepen immigranten (Menke et al., 2000). Daarnaast onderscheidt de huidige immigratiegolf zich van eerdere door de toenemende diversiteit en door de grote groep asielzoekers uit arme landen (Azië en Afrika) die bij aankomst in Nederland relatief meer lichamelijke en geestelijke gezondheidproblematiek hebben (den Brok, 1997). Tenslotte ligt een belangrijke consequentie in het toenemende belang van interculturalisatie van de zorg in de achterstandswijken van de grote steden.

De specifieke gezondheidsproblemen van verslaafden en dak- en thuislozen zullen zich ook in de toekomst in relatief grotere mate in de stad afspelen dan in de rest van Nederland. Momenteel vergrijst deze groep en wordt een deel van hen verzorgingsbehoefstig (Roorda-Honée & Heydendael, 1997). De omvang van deze marginale groepen is moeilijk voorspelbaar. Een toename is echter zeker niet uit te sluiten.

4.5 Conclusie

Toekomstige ontwikkelingen worden gekenmerkt door de verwachting van welvaarts-groei, toenemende individualisering, internationalisering en een toenemende druk op de ruimte in Nederland. Niet iedereen zal van deze ontwikkelingen profiteren, waardoor de verschillen tussen arm en rijk zullen toenemen. Hierdoor zullen vermoedelijk de gezondheidsverschillen tussen beide groepen groter worden. Er zijn aanwijzingen dat deze sociaal-economische gezondheidsverschillen zich in de toekomst nog meer in de steden zullen concentreren. Een toename van de gezondheidsachterstand van de bewoners van achterstandswijken in de grote steden staat haaks op het gezondheidsdoel om gezondheidsverschillen te verkleinen.

5 HOE KAN HET BETER?

Bewoners in de grote steden ervaren hun gezondheid als minder goed, rapporteren meer psychiatrische stoornissen en gaan over het algemeen eerder dood. Deze verschillen met de rest van Nederland zijn vooral het gevolg van de opstapeling van gezondheidsproblemen in de *achterstandswijken*. Dat zich in deze wijken meer gezondheidsproblemen voordoen, komt doordat er relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status en veel allochtonen wonen. Beide groepen hebben een minder goede gezondheidstoestand. Bovendien lijkt het erop dat wonen in een achterstandswijk van een grote stad een extra risico vormt voor de gezondheid van de bewoners. Hiermee is de wijk niet alleen vindplaats van gezondheidsachterstanden, maar ook oorzaak.

Gezondheidsproblemen in de achterstandswijken van de grote steden bestaan niet *naast* problemen in andere sectoren, maar ze liggen in het verlengde daarvan en overlappen daarmee voor een groot deel. Daarom is een *integrale* aanpak van belang, waarin aandacht wordt besteed aan maatschappelijke achterstanden, aan gezondheidsachterstanden, en aan hun onderlinge samenhang. Voor de verdere vormgeving van deze integrale aanpak, zijn tot besluit negen aanknopingspunten voor beleid geformuleerd. Die aanknopingspunten komen in de onderstaande drie paragrafen aan de orde. De negen punten zijn onderverdeeld in drie hoofdgroepen:

- factoren die de gezondheid beïnvloeden (leefomstandigheden, gezond gedrag en zorg, paragraaf 5.1);
- coördinatie van beleid en samenwerking (paragraaf 5.2);
- kennis en onderzoek (paragraaf 5.3).

5.1 Leefomstandigheden, gezond gedrag en zorg

1. *Bevorderen van goede leefomstandigheden en een gezonde leefomgeving in de achterstandswijken van de grote steden*

- Belangrijke aangrijpingspunten om de gezondheidstoestand van maatschappelijke achterstandsgroepen te verbeteren liggen in de bestrijding van armoede, vermindering van schoolachterstanden, verbetering van arbeidsomstandigheden voor laaggeschoolden, verbetering van arbeidsmogelijkheden en handhaving van de inkomenspositie van arbeidsongeschikten. Kortom, de landelijke overheid dient het beleid dat op de genoemde doelen gericht is en dat ook door de programmacommissie SEGV-II (de commissie Albeda) wordt aanbevolen voort te zetten en te intensiveren.
- De genoemde voorstellen voor landelijke beleidsmaatregelen zijn vanzelfsprekend ook van groot belang voor bewoners van achterstandswijken. Maar naast het landelijk beleid dienen de mogelijkheden van het lokale beleid zo goed mogelijk benut te worden. Daarom moeten veel van de voorstellen van de commissie Albeda om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) terug te dringen, ook verder uitgewerkt worden op lokaal niveau. De maatregelen dienen bovendien, vanwege de mul-

ticulturele bevolkingssamenstelling in de grote steden, waar nodig afgestemd te worden op de specifieke positie van allochtonen.

- Lokale en wijkgerichte projecten gericht op een gezonde fysieke, economische en sociale omgeving zouden sterker gestimuleerd moeten worden. Voorbeelden daarvan zijn projecten rond 'gezond bouwen en wonen', 'stad en milieu' en 'zorg en welzijn'. Daarbij zouden de fysieke en sociale sector veel meer moeten samenwerken. Nu is dat nog nauwelijks het geval.
- In een vroegtijdig stadium van herstructurering van achterstandswijken (in de plan-fase) zouden de grote steden de kennis van de GGD'en en andere experts uit de gezondheidssector moeten gebruiken om de gevolgen in kaart te brengen die de herstructurering heeft voor de gezondheid en de benodigde zorg, zowel op het wijkniveau als voor de individuele bewoners. Op die manier wordt het mogelijk om, zo nodig, tijdig corrigerende of compenserende maatregelen te treffen. Daartoe is het nuttig als eenvoudige, lokale varianten van de Gezondheids Effect Screening worden toegepast en verder worden ontwikkeld. Het is belangrijk dat daarbij naast de negatieve ook de positieve gezondheidseffecten van beleidsplannen in andere sectoren in beeld worden gebracht.
- Zowel binnen het lokale gezondheids- als grotestedenbeleid wordt gebruik gemaakt van de wijkgerichte community-interventiebenadering, waarbij bewoners en doelgroepen intensief betrokken worden. Deze benadering is kansrijk, maar veel is nog onduidelijk en er zijn zowel onderzoekers als praktijkwerkers die nog kanttekeningen bij deze benadering plaatsen. De overheid dient daarom de verdere ontwikkeling ervan te ondersteunen (Jansen et al., 2001).

2. *Bevorderen van gezondgedragprogramma's in achterstandswijken*

- Het bevorderen van gezond gedrag in achterstandswijken vergt meer inspanningen dan in andere wijken. Bestaande gezondgedragprogramma's zijn vaak niet goed bruikbaar en moeten afgestemd worden op bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status (SES)- en allochtone bevolkingsgroepen (Jansen et al., 2001).
- De interesse in gezond gedrag ontstaat vaak pas als andere problemen in de wijk ook opgelost worden en wanneer er voldoende stimulans en ondersteuning aanwezig zijn in de sociale omgeving. Het is daarom zaak om continu met bewoners te communiceren, onder meer over de vraag welke relatie zij zelf zien tussen hun leefomgeving en gezondheid. Vervolgens dient de gezondheidsbevorderingssector daar hun aanbod op aan te passen.
- GGD'en zouden experimenteerruimte moeten krijgen om extra in te zetten op de wijkgerichte community-interventiebenadering, in het besef dat het behalen van gezondheidsdoelen een lange adem vergt. Als uit de behoeftepeiling (zie het vorige aandachtspunt) blijkt dat bewoners niet bevordering van gezond gedrag wensen, maar omgevingsgerichte acties, zou dit gehonoreerd moeten worden. Bij dit alles speelt het besef een rol dat ook omgevingsgerichte acties op den duur gunstig voor de gezondheid kunnen zijn.

3. Bevorderen dat preventieve en curatieve gezondheidszorg in achterstandswijken op een beter peil komen, dat past bij de aanwezige (zorg)problematiek

- De commissie-Lemstra beveelt voor alle gemeenten in Nederland aan, de openbare somatische en geestelijke gezondheidszorg (OG(G)Z) te versterken. Zij doet echter geen specifieke aanbevelingen voor de grote steden. Het ligt voor de hand dat de aanbevolen intensivering van de OG(G)Z – waaronder de versterking van de collectieve preventie – binnen de grote steden extra ten goede zou moeten komen aan de bewoners van achterstandswijken.
- De verbetering van de eerstelijnszorg in achterstandswijken is niet alleen of in de eerste plaats een kwestie van de capaciteit, maar van de kwaliteit en de organisatie van de zorg. Het huidige zorgaanbod past vaak niet bij de zorgvraag zoals die zich ontwikkelt in wijken met een veranderende bevolkingssamenstelling en een toeneemende instroom van een steeds heterogenere groep allochtonen (Verheij et al., 2001). Het beleid dient hierop in te spelen.
- Ook de samenwerking van de eerstelijnszorg en de collectieve preventie met andere partijen in de grote steden moet worden ondersteund.

5.2 Coördinatie van beleid en samenwerking

4. Nadrukkelijk opnemen van het bevorderen van de gezondheid als doel in het grotestedenbeleid en het algemene achterstandsbeleid, zowel op landelijk als lokaal niveau

- Gezondheid moet worden opgenomen als onderdeel van de voorbereidingsdocumenten en het toetsingskader voor de volgende convenantsperiode van het grotestedenbeleid.
- Gezondheid dient niet alleen een onderdeel te zijn van de sociale pijler, maar ook de mogelijkheden van de economische en fysieke pijler moeten worden benut.
- In de monitor van het grotestedenbeleid moeten één of meer indicatoren worden opgenomen die zicht bieden op het bereiken van de afgesproken gezondheidsdoelen.
- Gemeenten dienen hun lokale gezondheidsbeleid te combineren met het grotestedenbeleid en ander verwant beleid, zoals het minderheden- en armoedebeleid.
- Gemeenten zouden instellingen in de gezondheidssector en in andere sectoren moeten uitnodigen om gezamenlijk plannen te maken en uit te voeren.
- Gemeenten moeten in de lokale nota's gezondheidsbeleid (die zij om de vier jaar moeten gaan maken) nadrukkelijk ingaan op de samenwerking en de aanpak van de gezondheidsproblematiek van de bewoners van achterstandswijken.
- Tot slot dient verbetering van de gezondheid onderdeel te gaan uitmaken van wijkontwikkelingsplannen.

5. *Investeren in de capaciteit van lokale actoren om de gezondheid van bewoners te verbeteren en in de randvoorwaarden om de samenwerking met het grotestedenbeleid vorm te geven*

- De gemeenten zouden voldoende middelen (en beleidsambtenaren) vrij moeten kunnen maken om de gezondheid als integraal onderdeel van het grotestedenbeleid vorm te geven. Daarvoor is het onder andere nodig dat er voldoende capaciteit is bij GGD'en en bij de gemeentelijke sector gezondheidsbeleid. Die capaciteit is zowel nodig voor beleidsmatige inzet (en als 'mede-penvoerder') als voor de uitvoering. Bovendien is een voorwaarde dat GGD'en over voldoende kennis en expertise beschikken.
- Om de bestuurlijke slagkracht te vergroten kan gedacht worden aan het scheppen van experimenteermogelijkheden, het vergroten van wettelijke bevoegdheden (die bijvoorbeeld ten aanzien van de (eerstelijns)zorg gering zijn), het over elkaar heen schuiven of inwisselbaar maken van gemeentelijke en zorggelden, de vorming van gezamenlijke fondsen door gemeenten en zorgverzekeraars, en ten slotte ook aan extra financiële middelen.
- Essentiële voorwaarde voor het verbeteren van de gezondheid van de bewoners in achterstandswijken is dat praktijkwerkers gebruik maken van de aanwezige kwaliteiten van minder mondige en kwetsbare bewonersgroepen in de wijken.

6. *Structurele ondersteuning van lokale interventieprojecten en van samenwerkingsstructuren in achterstandswijken tussen de gezondheidssector en andere sectoren*

- In de grote steden lopen al veel *tijdelijke* interventieprojecten die gericht zijn op verbetering van de gezondheid van de bewoners van achterstandswijken (gericht op gezond gedrag, leefomstandigheden en zorg). Intersectorale samenwerking speelt hierbij een belangrijke rol. Ook bestaat in de grote steden al ervaring met wijkgericht werken. Daarop moet voortgebouwd worden. De kortlopende financiering van deze projecten is vaak een probleem. Een structurele inbedding in langer lopende programma's is vereist. Er zouden criteria geformuleerd moeten worden onder welke voorwaarden de projecten kunnen worden uitgebreid door langduriger ondersteuning, implementatie op grotere schaal of uitbreiding naar andere wijken.
- Het is van belang dat gemeenten, alleen of in samenwerking met anderen, voor langere periodes structurele financiering bieden aan de *ondersteuningsstructuren* van (wijk- en doelgroepgerichte) samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorg, andere sectoren en bewoners, die in de afgelopen jaren op lokaal niveau ontstaan zijn.
- Als dit type ondersteuningsstructuren nog niet bestaat, is het noodzakelijk om ze op te zetten. Preventie en zorg behoren daarbij niet als gescheiden circuits te worden gezien.

7. *Bevorderen van de samenwerking tussen gezondheids(zorg)beleid en het grotestedenbeleid en het daarbij betrekken van andere partners*

- Op landelijk niveau moet de samenwerking tussen de ministeries bevorderd worden, op lokaal niveau moet de samenwerking bevorderd worden tussen de betrokken beleidssectoren binnen de gemeenten en in de achterstandswijken zelf. Goed voorbeeld op landelijk niveau legitimeert en stimuleert het lokale niveau om te volgen.
- Het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg is een duidelijke aanzet om verbindingen tussen partijen te leggen. Partners in het contract zijn op dit moment VWS, BZK, VNG en GGD-Nederland. Het contract besteedt extra aandacht aan de grote steden, maar ook aan het uitwerken van de aanbevelingen van de commissie-Albeda op lokaal niveau. Het is belangrijk dit initiatief met extra kracht voort te zetten en ook andere ministeries, maatschappelijke partijen en lokale partners erbij te betrekken.
- De lokale nota's gezondheidsbeleid bieden een kader om op lokaal niveau facetbeleid te stimuleren en om vergelijkbare *lokale* samenwerkingsafspraken te maken als in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg.
- Meer uitwisseling van beleidsmedewerkers tussen de verschillende sectoren (bij onder andere VWS en GSB, en op lokaal niveau) kan de onderlinge samenwerking bevorderen.

5.3 Kennis en onderzoek

8. *Verbeteren van de verspreiding van kennis*

- Het koppelen van gezondheidsvraagstukken aan het grotestedenbeleid betekent ook dat nieuwe kennis ontwikkeld en verspreid moet worden: onder andere over de relatie tussen omgevingsfactoren en gezondheid (bijvoorbeeld over gezond bouwen en wonen), over lokale interventieprojecten en good practices, en over de wijze waarop en de condities waaronder succesvolle experimenten kunnen worden overgedragen naar andere wijken en steden.
- Er worden binnen de grote steden veel projecten uitgevoerd die erop gericht zijn de gezondheid te verbeteren. Van de ervaring die daarmee wordt opgedaan, moet geprofiteerd worden. Dat kan alleen als projecten goed gedocumenteerd worden: niet alleen succesverhalen, maar ook kritische verslagen van aspecten die minder goed lopen. Dit vereist dat binnen deze projecten tijd en geld wordt vrijgemaakt voor inhoudelijke verslaglegging en evaluatie (als onderdeel van de verantwoording).

9. *Verbeteren van monitoring, evaluatie en onderzoek*

- De SEGV-doelstellingen die de commissie Albeda heeft geformuleerd, moeten gemonitord worden op landelijk en lokaal niveau. Monitoring kan deels plaatsvinden door op CBS-buurniveau geaggregeerde gegevens over maatschappelijke achterstanden en gezondheidsachterstanden met elkaar in verband te brengen voor heel

Nederland (Bos et al., 2000; Kunst et al., 2001). Ook op lokaal niveau, zowel in de grote steden als elders, bieden analyses op buurniveau mogelijkheden.

- Er is op dit moment vooral verder onderzoek nodig naar de implementatie en evaluatie van interventieprojecten die gericht zijn op de vermindering van SEGV, maar dit mag niet ten koste gaan van verder onderzoek naar de oorzaken ervan.
- Er is diverse malen geconstateerd dat er zeer weinig bekend is over de gezondheids-toestand van allochtonen, en de achtergronden daarvan. Binnen het ZON-Mw-programma Cultuur en Gezondheid is hier al wel aandacht voor. Hieraan en aan de relatie met SEGV-problematiek dient echter een (nog) krachtiger stimulans te worden gegeven.

De bovenstaande aanbevelingen zijn primair gericht op het landelijke en lokale gezondheids- en grotestedenbeleid. De verantwoordelijken voor dit beleid worden aangesproken als de meeste relevante partijen van intersectorale samenwerking. Er is echter medewerking nodig van *alle* andere partners die vormgeven aan de integrale aanpak van de achterstandsproblematiek in de grote steden. Dit zijn onder meer de verschillende andere landelijke en lokale beleidssectoren, de zorgverzekeraars en ook de private sector.

LITERATUUR

- Abbema E, Ekelmans M. Wijkgericht werken aan gezondheid in "Het Arnhemse Broek" in: Stronks K (red.). Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen. Deel 4, Den Haag: ZON, 2001, 29-46.
- Abraido Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox, a test of the Salmon bias and healthy migrant hypothesis. *Am J. Public Health* 1999; 10: 1543-1548.
- Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. London: The Stationary Office, 1998.
- AEF. Sociale infrastructuur in ontwikkeling. Utrecht: Andersson, Elffers en Felix, 1999.
- Alders M. Alloctonenprognose 2000-2050: over 10 jaar 2 miljoen alloctonen. *Mndstat bevolking* 2001/03: 17-22 (a).
- Alders M. Alloctonenprognose 2000-2050: hoe zeker is de toename van het aantal alloctonen? *Mndstat bevolking* 2001/05: 32-35 (b).
- Algemene Rekenkamer. Grotestedenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27650, nrs. 1-2, 22 maart 2001.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141; 50: 2453-2460.
- Bogaard JHM van den, Vries CF de. Gezonde steden, sociale vernieuwing en lokaal gezondheidsbeleid. In: Garretsen HFL, Haes WFM de, Schrijver MFT (red.). *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 1994: 45-58.
- Bogaard JHM van den. Gezondheidsverschillen en woonsituatie, stand van zaken en mogelijke interventies. In: Stronks K, Hulshof J (red.). *De kloof verkleinen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2001: 227-245.
- Bos V, Kunst AE, Mackenbach JP. Nationale gegevens over sociaal-economische sterfteverschillen op basis van informatie over kleine geografische eenheden. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2000.
- Brok B den. De gezondheidstoestand van vluchtelingen, asielzoekers en illegalen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Themarapport II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 225-240.
- Brouwer de Koning J. De les van Rotterdam. *Mediaor* maart 2001; 12: 2-4.
- BZK. De zon schijnt vaker in de stad. Dertig keer vooruitkijken naar 2010. Den Haag, december 2000.
- BZK. Decentralisatie. Kabinetsreactie op het gezamenlijk advies van de Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de financiële verhoudingen "De kunst van het overlaten, aatwerk in decentralisatie". Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 22236, nr. 57, augustus 2001.
- CBS. Arbeidsongeschiktheid autochtonen en alloctonen. Voorburg: CBS, persbericht 21 november 2000.
- CPB. Op weg naar een effectiever grotestedenbeleid. *Werkdocument* 117. Den Haag: CPB, 2000.
- CPB. Macro-economische Verkenning 2002. Den Haag: CPB september 2001.
- Dam J ten. Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997.
- Dagevos J. *Perspectief op Integratie*. Den Haag: SCP, 2001.
- Derksen W. *Lokaal bestuur*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie, 1998.
- Diekstra R. Mogelijkheden en valkuilen bij sociaal investeren en versterken van de sociale infrastructuur. In: GGD Rotterdam e.o.. *Gezonde wijken*. Verslag van Gezonde Stad-congres 26 april 2001.
- Dienst OC&W, gemeente Den Haag. *Gezondheidsmonitor 1999*. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, 1999.
- Diez Roux AV, Steins Merkin S, Arnett D, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 99-106.
- Doorslaer E van. For richer, for poorer, in sickness and in health. *Tijdschr gezondheidsw* 2001; 79: 71-73.
- Driest P. Vinex en de nieuwe woonzorgplannen. In: Hortulanus RP, Machielse JEM (red.). *Op het snijvlak van de fysieke en sociale omgeving*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 2001: 103-114.
- Duijvendak JW, Hortulanus R. *De Gedroomde wijk. Methoden, mythen en misvattingen in de nieuwe wijkaanpak*. Utrecht: Forum, 1999.
- Fast T, Hazel P vd, Jong AFH de, Post M. De GES Stad & Milieu. Lokale gezondheidseffectscreening voor ruimtelijke ordening en milieu. *GGD-nieuws*, maart 2001: 23-27.
- Freudenberg N. Time for a national agenda to improve the health of urban populations. *AJPH* 2000; 90: 837-840.
- Gemeente Den Haag. *Gezondheidsmonitor 1999*. Gemeente Den Haag. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. 1999.
- Gemeente Utrecht, afdeling Bestuursinformatie. *Utrecht Monitor 2000*. Utrecht: Bestuursinformatie gemeente Utrecht, 2000.

- Gemeente Utrecht, afdeling Bestuursinformatie. Utrecht Monitor 2001. Utrecht: Bestuursinformatie gemeente Utrecht, 2001.
- Gemeente Utrecht, afdeling Bestuursinformatie. Samenleven in Utrecht. Nieuw Utrechts Peil 2000. Utrecht: Bestuursinformatie, gemeente Utrecht, maart 2000.
- Geronimus AT. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on the health of urban populations. *AJPH* 2000; 90: 867-872.
- GG&GD Amsterdam. Amsterdam gezond? Trends en cijfers 1999-2000. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, cluster EDG, 2001.
- GG&GD Utrecht, bureau Epidemiologie. Gezond rond de Dom. In: GG&GD Utrecht. Gezond Leven in Utrecht. Beleidsnota Volksgezondheid 1999-2003. Gemeente Utrecht, 1999.
- GGD Rotterdam en Omstreken. Gezondheidskaart; prikkels voor ontwikkeling van beleid van de openbare gezondheidszorg. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2001.
- GGD Rotterdam en Omstreken. Gezonde wijken. Verslag van Gezonde Stad-congres 26 april 2001.
- Goumans MJB. Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (healthy) policy development in the Netherlands and the United Kingdom. Ac. Proefschrift, Universiteit Maastricht, 1998.
- Goumans MJB, Koornstra A (red.). Gezondheid in de wijk. Wijkgericht werken aan de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Den Haag: VNG-uitgeverij, 1998.
- Goumans MJB, Kornalijnslijper N. Bouwen aan gezond beleid. Zo maakt u een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VNG-uitgeverij, 2001.
- Gemeente Den Haag. De kracht van Den Haag. Een stad die actief investeert in mensen, hun werk, wonen, cultuur en welzijn. Internetsite www.grotestedenbeleid.net, 2001.
- GSI. Integratiebeleid Etnische minderheden 1999-2002. Nota kansen krijgen, kansen pakken. Tweede Kamer, vergaderjaar 199-1999, 26333, nr. 2, 30 november 1998.
- GSI. Doorstartconvenant grotestedenbeleid Rijk, G4 en G-21. 17 december 1998.
- GSI. Grotestedenbeleid. Brief van de Minister voor GSI. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999. 21062, nr. 77, 7 juni 1999.
- GSI. Rapportage Integratiebeleid Etnische minderheden 1999. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26815, nr. 2, 1999.
- GSI. Grotestedenbeleid. Brief van de Minister voor GSI. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 21062, nr. 86, 14 maart 2000.
- GSI. Grotestedenbeleid. Brief van de Minister voor GSI. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 21062, nr. 87, 17 maart 2000.
- GSI. Stadsvisies en Meerjaren Ontwikkelings Programma's 1999-2003. Internetsite www.grotestedenbeleid.net, 2001.
- GSI. Sociaal gericht, sociaal verplicht. Verkenning sociale infrastructuur. Den Haag, 2001.
- Haes WFM de, Vaandrager L. Bevorderen van gezond gedrag bij lage SES-groepen. in: Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2001: 145-165.
- Haes WFM de, Voorham T. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Verslag aan ZON, GGD Rotterdam e.o., Projectbureau Gezonde Stad, 2000.
- Heijdelberg E, Koot J, Verkleij H. Verslag VTV werkconferentie Gezondheid in de Grote Steden Preventie en facetbeleid, 23 november 2000. Ministerie VWS, Den Haag, 2001.
- Helleman G, Kleinhans R, Ouwehand A. Sloop en opbouw van de wijk. Herstructureren als sociale interventie. Utrecht: NIZW, 2001.
- Herten LM van. Health targets: Navigating in health policy. Proefschrift, Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 2001.
- House JS, Lepkowski, JM, Williams DR, Mero RP, Lantz PM, Robert SA, Chen J. Excess mortality among urban residents: how much, for whom, and why? *AJPH* 2000; 90: 1898-1904.
- Huisman C, Wissen L van. Regionale allochtonen prognose 1996-2016. Den Haag: NiDi, 1998.
- ISEO. Grotestedenmonitor 2000. Rotterdam: EUR, 2001.
- Israëls H, Mooy A. Aan de achtergracht. Honderd jaar GG&GD Amsterdam. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2001.
- Jansen J, Schuit J, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.
- Keijsers JFEM, Vaandrager L (red.). Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. ZON, Den Haag, juli 2000.
- Knol F. Van hoog naar laag; van laag naar hoog, de sociaal-ruimtelijke ontwikkeling van wijken in de periode 1971-1995, SCP-Cahier 152. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie, 1998.
- Koornstra A, Bazuin H, Duijff F, Boogaard J van den, Zoutman R (red.). Ruimte voor gezondheid. Gezond bouwen en wonen in nieuwe wijken. Den Haag: VNG uitgeverij, 1997.
- Kotkin J. The new geography. How the digital revolution is reshaping the American landscape. New York: Random House, 2000.
- Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Sterfteverschillen naar sociaal-economische status en naar verstedelijkingsgraad: een nationale analyse op basis van buurtgegevens voor 1995. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.

- Lucht F van der, Jansen J. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Bilthoven: RIVM, 1999.
- Lucht F van der, Verkleij H. Achtergrondrapport bij het VTV-themarrapport gezondheid in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Maas PJ, Mackenbach JP (red.). Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 1999.
- MacIntyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford university press, 2000: 332-348.
- MacIntyre S, MacIver S, Sooman A. Area, class and health: should we be focusing on places or people? *J Social Policy* 1993; 22: 213-34.
- Mackenbach JP. De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1992.
- Mackenbach JP, Verkleij H (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Themaport II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 225-240.
- Marmot M. Inequalities in health. *N Engl J Med* 2001; 345: 134-136.
- McKeown TF. *The role of medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London, 1976.
- Menke R, Streich W, Rössler G. Report on socioeconomic differences in health indicators in Europe. Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups. Bielefeld, Institute of Public Health North-Rhine Westphalia, 2000.
- Nijboer C, Pieterse M. Review facetbeleid. Woerden: NIGZ, 2001.
- Nijhuis HGJ. Van technisch-economische naar sociale kwaliteit van gezondheidszorg. *Tijdschr Gezondheidszorg* 2001; 79: 77-78.
- NRC. Stop op sociale koopwoningen, 19 juni 2001.
- NRC. Remkes vindt koopwoningen IJburg 'niet normaal' duur. NRC, 20 juni 2001.
- NSPH. Ondersteuningsfunctie facetbeleid. Overzicht van gezondheidseffectscreeningen. Utrecht: NSPH, 2000.
- Nyfer. Twee werelden in één teug. Tien aanbevelingen voor Haaglanden. Breukelen: Nyfer, 2000.
- Oers JAM van, Kroesbergen HT, Bloemberg BPM, Da Costa Senior R, Reijneveld SA. Geografische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997; deel II Gezondheidsverschillen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 267-301.
- Oers JAM van, Mheen H van de, Swart WAJM. Sociaal-economische verschillen in gezondheid: persoonsgebonden of plaatsgebonden. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1998; 76: 366-73.
- Oskamp A, Poulus C, Til RJ van. Bevolkingsgroepen in stad en ommeland - ruimtelijke implicaties van woonvoorkeuren en bouwbeleid. Delft: ABF Research, juni 2000.
- Otten F, Winkels J. Toelichting op het Permanent Onderzoek Leefsituatie. Maandstatistiek; Centraal Bureau voor de Statistiek; april 1998: 11-15.
- Paes M. Zorg op menselijke maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken. Zwolle, 1999.
- Paes M, Sprinkhuizen A, Stuuroop K (red.). *Heel de buurt. Buurtgericht werken aan gezondheid*. Utrecht: NIZW, 2000.
- Peen J, Bijl RV, Spijker J, Dekker J. Neemt de prevalentie van psychiatrische stoornissen toe met de stedelijkheidsgraad. (geaccepteerd door *Tijdschrift voor Psychiatrie*).
- Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 111-22.
- Platform Openbare Gezondheidszorg (commissie Lemstra). *Spelen op de winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg*. Den Haag, januari 2000.
- Putters K, Grinten TED van der. Facetbeleid en gezondheidseffectscreening. De bestuurlijke inbedding van een gezondheidskundig instrument. *Tijdschr Gezondheidsz* 1998; 76: 258-262.
- Programmacommissie SEGV-II (commissie Albeda). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZON, 2001.
- Razum O, Zeeb H, Seval Akun H, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation, merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine and International Health* 1998; 3: 297-303.
- Reijneveld SA. The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol* 1998a; 27: 33-40.
- Reijneveld SA. Reported health, lifestyles and use of health care of first-generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998b; 52: 298-304.
- Reijneveld SA, Schene AH. Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 2-7.
- Reijneveld SA, Verheij RA, De Bakker DH. The impact of area deprivation on differences in health: does the choice of the geographical classification matter? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 306-13.

- Reijneveld SA. Buurtverschillen in zelfgerapporteerde gezondheid en rookgedrag in de grote steden van Nederland. Leiden: TNO-PG, 2001.
- Reijneveld SA. Armoede en gezondheid, een taai probleem, maar met kansen. Tijdschr Gezondheidsw 2001; 79: 75-76.
- RIVM. Nationale Milieuverkenningen 5, 2000-2030. Alphen ad Rijn: Samson bv, 2000: 219-227.
- Roorda-Honée JGMTh, Heydendaal PHJM. De gezondheidstoestand van dak- en thuislozen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Themarapport II. Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 241-266.
- Ruwaard D, Kramers PGN. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De Som der delen. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- RvZ. Gezond zonder zorg. Zotermeer: RVZ, maart 2000a.
- RvZ. Gezondheid in al haar facetten. achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, maart 2000b.
- RvZ. Gezond zonder zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, maart 2000c.
- Sadiraj K (red.). Atlas voor gemeenten 2001. Breukelen: Nyfer, 2001.
- Schoenmakers C. Wijkgericht werken in de grote steden. Onderzoek naar de praktijk van het wijkgerichte werken en de rol van gezondheid(sbeoordering) in de grote steden. Bilthoven: cVTV, RIVM, juli 2001.
- Schrijvers CTM, Lenthe FJ, Droomers M, Joung IMA, Louwman WJ, Mackenbach JP. De achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen: resultaten uit het GLOBE onderzoek. in: Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2001: 22-38.
- SCP. Sociaal en Cultureel Rapport. Rijswijk : SCP, 1996.
- SCP. Bedreven en gedreven. Een heroriëntatie op de rol van de rijksoverheid in de samenleving. Den Haag: SCP, augustus 2001(a).
- SCP. De sociale staat van Nederland 2010. Den Haag: SCP, 2001(b).
- SCP/CBS. Armoedemonitor 2000. Den Haag: SCP, 2000.
- Sooman A, MacIntyre S, Anderson A. Scotland's health: a more difficult challenge for some? The price and availability of healthy foods in socially contrasting localities in the West of Scotland. Health Bull. 1993; 53: 276-284.
- Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. Psychiatrische morbiditeit in de grote steden. Tijdschr Gezondheidsw 2001; 79: 155-161.
- Staatscourant. G21 optimistisch over effecten grote-stedenbeleid, 26 maart 2001.
- Stuurgroep Nationaal Contract OZG. Nationaal contract openbare gezondheidszorg. Intentie tot samenwerking 2001-2003. Leiden: 22 februari 2001.
- Stuurop CR. Buurtgericht werken en community based lokaal gezondheidsbeleid. In: Garretsen HFL, Haes WFM de, Schrijver MFT (red.). Lokaal gezondheidsbeleid. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 1994: 102-118.
- Tesser PTM, Praag C van. Ruimtelijke segregatie en maatschappelijke integratie van allochtonen. Tijdschr Migrantenstudies 1996, 2, 60-71.
- Tesser PTM, Merens JGF, Praag CS van. Rapportage minderheden 1999. Den Haag: SCP, 1999.
- Tesser PTM, Dagevos JM, Iedema J. Rapportage minderheden 2001. Vorderingen op school en meer werk. Den Haag: SCP, 2001.
- Thien I. Voldoende aanknopingspunten voor versterking van OZG. Health Management Forum, 7, juni 2001, 7-9.
- Uitenbroek DG, Verhoeff AP. Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands. Soc Sci Med 2001; accepted for publication.
- Vaandrager L. Gezonde Wijken. In: Keijsers JFEM, Vaandrager L (red.). Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. ZON, Den Haag, juli 2000.
- Veen AA van der, van Boven PF, Zwakhals SLN, Vrijnsen WJJ, Verheij RA, Lucht F van der, Kosterman F, Giesbers H, Ravelli A (red.). Nationale Atlas Volksgezondheid <http://www.zorgatlas.nl>, Bilthoven, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Versie 1.02, 12 april 2001.
- Verheij RA. Explaining Urban-rural variations in health: a review of interactions between individual and environment. Soc Sci Med 1996; 42: 923-935.
- Verheij RA, Bakker DH de, Reijneveld SA. GP income in relation to workload in deprived urban areas in the Netherlands: before and after the 1996 pay review. Eur J Public Health 2001; 11: 264-266.
- Verheij RA, Lucht F van der, Verkleij H. Ontwerppapier zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Verheij RA, Mheen H van de, Bakker DH de, Groenewegen PP, Mackenbach JP. Urban-rural variations in health in the Netherlands: does selective migration play a part? Journal of Epidemiology and Community Health 1998; 52: 487-493.
- Verheij RA, Reijneveld SA, Bakker DH de. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Utrecht/Leiden: NIVEL/TNO, 1998.
- VNG & GGD Nederland. Gezonde Gemeente. Den Haag: VNG, 2001.

- Vries M de, Wijkemans, KJM. Zuid-Oost Drenthe Hartstikke goed! GGD Zuid-Oost Drenthe en Rijksuniversiteit Groningen, 1997.
- VROM. Wonen in de 21ste eeuw Ontwerp Nota wonen. Mensen, wenssen, wonen. Den Haag, 2000.
- VROM. Ruimte maken, ruimte delen. Vijfde nota ruimtelijke ordening. 2000/2020. Den Haag, 2001.
- VWS. Nota Gezond en Wel. Het kader van het gezondheidsbeleid 1995-1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24126, nr. 1. Den Haag: Sdu uitgeverij, 1995.
- VWS. Sturen op doelen, faciliteren op instrumenten. Beleidskader sociaal beleid. Rijswijk: Ministerie VWS, januari 1998.
- VWS. Hoofdlijnen adviezen basistaken collectieve preventie. Project basistaken collectieve preventie. Den Haag, 14 juli 1998.
- VWS. Welzijnsnota 1999-2002. Werken aan Sociale kwaliteit. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26477, nr.2, 9 april 1999.
- VWS. Zorgnota 2000. Verslag van een schriftelijk overleg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26801, nr. 5: 124-6, 5 november 1999.
- VWS. Openbare Gezondheidszorg. Brief van de Minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 199-2000, 26598, nr.2, 17 maart 2000.
- VWS. Positionering jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Brief van de Staatsecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar, 2000-22001, 27004, nr. 4, 13 november 2000.
- VWS. Oprichting Stichting Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27500, nr. 1: 16 november 2000.
- VWS. Verkenningen zorg met toekomst. Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie VWS, augustus 2001.
- Weitof GR, Gullberg A, Hjerm A, Rosén M. Mortality statistics in immigrant research, method for adjusting underestimation of mortality. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 756-763.
- Wersch SFM van, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Themarapport II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 199-223.
- WHO. Health for all in the 21st century. Geneva: World Health Organisation, 1998.
- WVC. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Feiten.beschouwingen en beleidsvooromenens (Nota 2000). Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19500, nr. 2, 23 april 1986.
- WVC. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Practische keuzen voor de jaren negentig. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 22894, nr. 1, 1992.
- Wild S, McKeigue P. Cross sectional analysis of mortality by contry of birth in England and Wales 1970-92. *Brit Med Journal* 1997; 341: 705-710.
- Wilkinson RG. Putting the picture together: prosperity, redistribution, health and welfare. In: Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 256-274.
- Wit M de, Dijk H van, Uniken Venema P. Werken aan volksgezondheid. Nota's lokaal gezondheidsbeleid, de stand van zaken. GGD nieuws, december 2000: 20-23.
- Witte K. Gezondheidsbevordering in de grote steden. Een inventarisatie van projecten. Bilthoven: RIVM, Wageningen, Universiteit en Researchcentrum, Sectie voeding en gezondheidsleer, 2001.
- Wolf J, Elling A, Graaf I de. Monitor Maatschappelijke opvang, Deelmonitoren vraag, aanbod en gemeentelijk beleid. Utrecht, Trimbos-instituut, 2000.
- Wouden HC van der. De stad als G-plek. *Bestuurskunde* 1999; 8: 116-124.
- Wouden HC van der. De bekleemde stad. SCP-Cahier 126. Rijswijk/Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.
- Zunderdorp R. Netwerksturing redt de sociale pijler. *Publiek Management*. Juni 2001: 15.

Bijlage 1: Samenstelling beleidsadviesgroep 'Gezondheid in de grote steden'

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Drs. H.J.M. ten Brink, <i>plv. secretaris</i>	Directie Sociaal Beleid
Drs. J.J.M. van Dijk	Directie Gezondheidsbeleid
Mw. drs. A. den Hoed	Directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
Dr. M.F.J. van Tilburg	Directie Gezondheidsbeleid
Drs. P.L. Meijer, <i>secretaris</i>	Directie Sociaal Beleid
J.K. van Wijngaarden, arts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. W.J.M. Woertman, <i>voorzitter</i>	Directie Sociaal Beleid

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Mw. drs. H.F.M.E. Bader	Directie Grote Stedenbeleid en Interbestuurlijke Betrekkingen
Mw. drs. E.J van Dijk	Directie Grote Stedenbeleid en Interbestuurlijke Betrekkingen

Bijlage 2: Lijst van Auteurs

- Dr. R.V. Bijl
Trimbos Instituut, Utrecht.
- Mw. Drs. V. Bos
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Drs. J. Dekker
Afdeling Onderzoek, Opleiding en Ontwikkeling, Centrum GGZ, Amsterdam.
- Drs. A.Ph van Dijk
Afdeling gezondheidsbevordering, GGD Rotterdam e.o..
- Mw. C.M.G. Erkens, arts
Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG&GD Amsterdam.
- Mw. drs. J.M.M. Geurts
Statistische analyse personen, Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen.
- Mw. Ir. S.M.A. Janssen-Jansen
Statistische analyse personen, Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen.
- Dr. F. Knol
Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Dr. A.E. Kunst
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dr. F. van der Lucht
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.
- Prof. Dr. J.P. Mackenbach
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Drs. E.S. Mazurkiewicz
Afdeling Epidemiologie GG&GD Utrecht.
- B.J.C. Middelkoop, arts
GGD Den Haag, Dienst OC&W, gemeente Den Haag.
- Dr. F.W.J. Otten
Statistische analyse personen, Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen.
- Drs. J. Peen
Afdeling Onderzoek, Opleiding en Ontwikkeling, Centrum GGZ, Amsterdam.
- Mw. ir. M.J.E. Penris
Afdeling Epidemiologie GG&GD Utrecht.
- Dr. S.A. Reijneveld
Divisie Volksgezondheid, TNO/PG, Leiden.
- Mw. drs. C. Schoenmakers
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.
- Mw. drs J Spijker
Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG&GD Amsterdam.
- Ir. H.W.A. Struben
GGD Den Haag, Dienst OC&W gemeente Den Haag.
- Ir. W.A.J.M. Swart
Afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Rotterdam e.o..
- Dr. D.G. Uitenbroek
Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG&GD Amsterdam.
- Dr. A.C. Verhoeff
Afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, GG&GD Amsterdam.
- Dr. H. Verkleij
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.
- Drs. S.L.N. Zwakhals
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.

Bijlage 3: Geraadpleegde referenten

Dankwoord

Op deze plaats willen wij de personen die in de eindfase van het project commentaar hebben gegeven op tussentijdse concepten van onderdelen van dit rapport hartelijk dankzeggen. De tekst blijft uiteraard de verantwoordelijkheid van de auteurs van de verschillende hoofdstukken en paragrafen.

Dr. P. Achterberg hoofdstuk 4	Drs. P. van Nierop hoofdstuk 2: paragraaf 2.9
Mw. drs. J. van den Berg-Jeths hoofdstuk 4	Mw. M. Paes hoofdstuk 3: wijkgerichte interventies
Dr. J.K. Bleeker hoofdstuk 4: paragraaf 2.9	Drs. R. Poos hoofdstuk 2: figuren
Mw. drs. M.C. Busch hoofdstuk 3: gezondheidsbeleid	Projectgroep wijkaanpak en stedelijke visie GGD Rotterdam e.o. hoofdstuk 2: paragraaf 2.9
Prof. dr. H.F.L. Garretsen hoofdstuk 2	Mw. drs. A.V. Ravelli hoofdstuk 4
GGD werkgroep grote steden hoofdstuk 5	Drs. L.J. Stokx, arts gehele rapport
Mw. dr.ir. N. Hoeymans hoofdstuk 2	Mw. dr. K. Stronks hoofdstuk 2
Ir. J. Jansen hoofdstuk 5	Mw. dr. ir. L. Vaandrager hoofdstuk 3: lokaal gezondheidsbeleid
Ir. G.J. Kommer hoofdstuk 2: paragraaf 2.6	Dr. R.A. Verheij hoofdstuk 2
Mw. drs. A. Koornstra hoofdstuk 3	Drs. A.J.J. Voorham hoofdstuk 3: wijkgerichte interventies
Dr. P. Kramers gehele rapport	Dr. H.C. van der Wouden hoofdstuk 3: landelijk grotestedenbeleid
Mw. T. van der Maat hoofdstuk 3: wijkgerichte interventies	
Ir. A.H.P. Luijben begrippen, afkortingen, tabellen en figuren	

Bijlage 4: Begrippenlijst

Allochtoon	Persoon die voldoet aan het '2 uit 3' criterium (beperkte definitie) of '1 uit 3' criterium (ruime definitie): geboorteland van de persoon en/of geboorteland moeder en/of geboorteland vader is niet Nederland.
Achterstandswijk	Een wijk met een relatief hoog percentage bewoners met een lage sociaal-economische status.
Achterstandsbeleid	Beleid dat gericht is op het verminderen van sociale achterstanden, waarbij de maatregelen met name gericht zijn op de achterstandsgroepen zelf.
Community intervention	Een wijkgerichte interventie waarbij een sterke nadruk ligt op participatie en empowerment van de bevolking en intersectorale samenwerking.
Diversiteitsbeleid	Beleid dat verschillen tussen (etnische) bevolkingsgroepen als uitgangspunt accepteert.
Determinant Empowerment	Een factor die van invloed is op de gezondheid. Strategie om individuen en gemeenschappen in staat te stellen controle te krijgen over hun leven.
Facetbeleid	Beleid dat buiten de strikte volksgezondheids sfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkomen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van de gezondheid.
G4	Vier grootste steden die participeren in het grotestedenbeleid: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.
G21	Eenentwintig grote steden die participeren in het grotestedenbeleid: Almelo, Arnhem, Breda, Den Bosch, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede, Groningen, Haarlem, Heerlen, Helmond, Hengelo, Leeuwarden, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Schiedam, Tilburg, Venlo, Zwolle.
G25 G-nieuw	De G4 en G21 bij elkaar. Vijf grote steden die gedeeltelijk participeren in het grotestedenbeleid: Alkmaar, Amersfoort, Emmen, Lelystad, Zaanstad.
Grotestedenbeleid	Het landelijke en lokale beleid dat gericht is op de verbetering van de (achterstands)positie van de grote steden.
Integraal beleid	Het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang benaderen van alle relevante beleidsterreinen rond een bepaald probleem.
Integraal gezondheidsbeleid	Beleid in verschillende sectoren waarbij gezondheid een integraal onderdeel uitmaakt van de beleidsafwegingen.
Intersectorale samenwerking	Samenwerking tussen beleidssectoren (op hetzelfde bestuursniveau).
Interventie	Activiteit met als doel het beïnvloeden van een determinant in de gewenste richting.
Kwintiel	Subgroep van de bevolking, ontstaan door een populatie in vijf groepen van gelijke omvang te verdelen.
Levensverwachting	Het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd.
Maatschappelijke achterstandsgroepen	Bevolkingsgroepen die op meerdere kenmerken (uitgezonderd gezondheidstoestand) een sterke achterstand vertonen; (maatschappelijk) kwetsbare groepen.
Multilevel-analyse	Statistische analyse waarbij effecten van individuele kenmerken kunnen worden onderscheiden van effecten van omgevingskenmerken.
Odds	De verhouding (quotient) tussen de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis plaatsvindt en dat die gebeurtenis niet plaatsvindt.
Odds ratio (OR)	De verhouding (quotient) tussen twee odds.
Omgevingsadressendichtheid	Maat voor de stedelijkheid van een gebied gebaseerd op het aantal adressen in de nabije omgeving.

Openbare gezondheidszorg (OGZ)	Onderdelen van de gezondheidszorg en openbaar bestuur die zich richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de gehele bevolking.
Preventie (primair)	Het voorkómen dat nieuwe gevallen van een ziekte (en sterfte) optreden door het wegnemen van de oorzaken.
Relatief risico	De verhouding (quotiënt) van het risico op een aandoening bij aanwezigheid van een risicofactor ten opzichte van personen zonder deze factor.
Sociaal-economische status (SES)	Positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus.

Bijlage 5: Afkortingen

AEF	Andersson, Elffers en Felix	LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen
AR	Algemene Rekenkamer	LS-SEGV	Longitudinale Studie naar SEGV
AVO	Aanvullend voorzieningen onderzoek	MER	Milieu-effect Rapportage
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	MOP	Meerjaren Ontwikkelings Programma
BI	Betrouwbaarheidsinterval	NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
BIZA	Binnenlandse zaken	NRC	Nieuwe Rotterdamse Courant
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
CARA	Chronisch aspecifieke respiratoire aandoeningen	OGZ	Openbare gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	OR	Odds ratio
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	OVOG	Over Veiligheid van Ouderen en Gezondheid
COROP	Coördinatie commissie Regionaal Onderzoeksprogramma	PC4	Vier cijfers van de postcode
CPB	Centraal Planbureau	POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie (van CBS)
CVA	Cerebrovasculair accident (beroerte)	RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
cVTV	Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen	RIO	Regionaal inkomensonderzoek
DPG	Demografische gegevens Per Gemeente (CBS-bestand)	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III	RR	Relatief risico
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam	RvZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
G4	Vier grote steden die participeren in het grotestedenbeleid	SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
G21	Eenentwintig grote steden die participeren in het grotestedenbeleid	SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
G25	Vijfentwintig steden die participeren in het grotestedenbeleid	SES	Sociaal-economische status
GES	Gezondheidseffect Screening	STIOM	Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst	TK	Tweede Kamer
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst	TNO-PG	TNO-Preventie en Gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	VIJNO	Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening
Globe	Gezondheid en Levensomstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken	VINEX	Vierde Nota Ruimtelijke Ordening Extra
GMP	Geomarktoprofiel	VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
G-nieuw	Vijf grote steden die gedeeltelijk participeren in het grotestedenbeleid	VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
GSB	Grotestedenbeleid	VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
GSI	Grote Steden en Integratiebeleid	VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ICES	Interdepartementale Commissie voor Economische Structuurversterking	WBO	Woningbehoefte onderzoek
ICT	Informatie en Communicatie Technologie	WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
ISEO	Instituut voor Sociaal-economisch Onderzoek	WHO	World Health Organisation
KOPP	Kinderen met Ouders met Psychische Problemen	WMD	Woonmilieu Database
		WOZ	Waardering Onroerende Zaken
		WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
		ZON	Zorgonderzoek Nederland

Bijlage 6: Bevolkingsomvang van de grote steden in 2000 en 2010 (Bron: gegevens ABF research, bewerking RIVM)

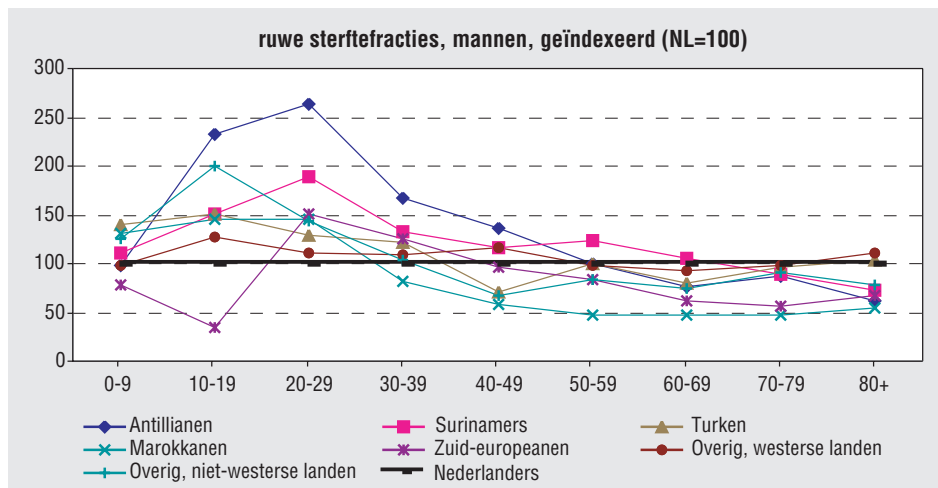
Gemeente ¹	Aantal inwoners 2000	Aantal inwoners 2010	Verandering 2000 -2010 (absolute aantallen)	Verandering 2000-2010 (percentages)
<i>G4</i>				
Amsterdam	730.843	739.342	8.499	1,16
Den Haag	440.719	413.248	-27.471	-6,23
Rotterdam	591.782	584.988	-6.794	-1,15
Utrecht	233.253	240.123	6.870	2,95
<i>G21</i>				
Almelo	66.507	70.316	3.809	5,73
Arnhem	137.719	147.222	9.503	6,90
Breda	160.695	176.434	15.739	9,79
Den Bosch	128.711	142.992	14.281	11,10
Deventer	83.502	88.344	4.842	5,80
Dordrecht	120.352	125.770	5.418	4,50
Eindhoven	201.353	212.276	10.923	5,42
Enschede	149.403	155.121	5.718	3,83
Groningen	171.159	181.963	10.804	6,31
Haarlem	148.459	146.058	-2.401	-1,62
Heerlen	95.433	94.970	-463	-0,49
Helmond	80.256	90.418	10.162	12,66
Hengelo	79.328	82.864	3.536	4,46
Leeuwarden	88.605	94.992	6.387	7,21
Leiden	117.403	120.276	2.873	2,45
Maastricht	122.373	126.374	4.001	3,27
Nijmegen	152.227	164.596	12.369	8,13
Schiedam	75.293	77.735	2.442	3,24
Tilburg	193.232	213.977	20.745	10,74
Venlo	64.601	66.011	1.410	2,18
Zwolle	105.915	117.614	11.699	11,05
<i>G-nieuw</i>				
Alkmaar	92.905	94.994	2.089	2,25
Amersfoort	126.166	147.565	21.399	16,96
Emmen	105.889	112.098	6.209	5,86
Lelystad	62.313	66.488	4.175	6,70
Zaanstad	135.849	144.398	8.549	6,29
<i>Niet GSB-gemeenten met 100.000+ inwoners</i>				
Almere	142.962	214.494	71.532	50,04
Apeldoorn	153.248	161.104	7.856	5,13
Ede	101.753	110.203	8.450	8,30
Haarlemmermeer	111.206	149.947	38.741	34,84
Zoetermeer	109.189	115.794	6.605	6,05

¹ De G4, G21 en G-nieuw participeren in het grotestedenbeleid

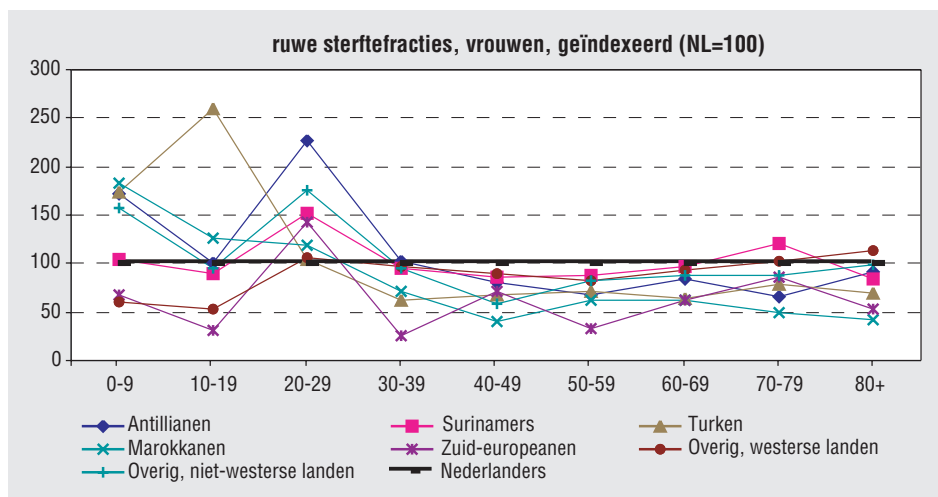
Bijlage 7: Het bepalen van achterstandswijken

paragraaf/auteur	achterstand	wijkindeling	variabelen	bewerking	resultaat	literatuur
2.2 Knol & Verkleij	sociale status 1971	postcode (PC4) heel Nederland	- % hoog inkomen - % laag inkomen - % laag onderwijs - % niet werkend van de beroepsbevolking	- principale componenten-analyse - rangordering en indeling in kwintielen	vijf gelijke groepen oplopend van een lage naar een hoge status	Knol, 1998
	sociale status 1998	idem	- gemiddeld inkomen - % huishoudens laag inkomen - % zonder betaalde baan - % huishoudens met gemiddeld lage opleiding	- principale componenten-analyse - rangordering en indeling in kwintielen	vijf gelijke groepen oplopend van lage naar hoge status (exclusief nieuwbouwwijken)	Knol, 1998
2.7 Kunst et al.	inkomenskwintielen 1995	buurten (CBS) heel Nederland	- huishoudensequivalent inkomen	- indeling in kwintielen	vijf gelijke groepen oplopend van laag naar hoog inkomen	Kunst et al., 2001 Bos et al., 2000
2.8 Reijneveld	gemiddeld inkomen 1995	buurten (CBS) 7 grote steden	- gemiddeld inkomen	- onbewerkt	rangorde van laag naar hoog	Reijneveld, 2001
	% uitkeringsgerechtigden 1995	idem	- % uitkeringsgerechtigden	- onbewerkt	(continue variabele) rangorde van laag naar hoog	Reijneveld, 2001
	huisartsen-achterstandscore 1995	idem	- gemiddeld inkomen - % uitkeringsgerechtigden - % alloctonen - omgevingsadressendichtheid	- indexconstructie door somming gestandaardiseerde scores	rangorde van laag naar hoog (continue variabele)	Reijneveld, 2001 Verheij et al., 1998
2.9 Van der Lucht et al.	achterstandswijken 1998	postcode (PC4) 4 steden	- gemiddeld inkomen - verhouding koop/huur	- indeling in groepen met SWOT analyse - somming	vijf groepen van laag naar hoog	RIVM, 2000 Van der Lucht & Verkleij, 2001

Bijlage 8: Sterfte naar etnische groep in vier grote steden (1995-1999)



Figuur B8.1: Ruwe sterftefracties, per allochtone groep in 10-jaars leeftijdsklassen, mannen, 1995-1999 (Bron: Sterftestatistiek GGD' en G4).



Figuur B8.2: Ruwe sterftefracties, per allochtone groep in 10-jaars leeftijdsklassen, vrouwen, 1995-1999 (Bron: Sterftestatistiek GGD' en G4).

Bijlage 9: Voorbeelden van lokaal gezondheidsfacetbeleid

Deze bijlage beschrijft drie voorbeelden van lokaal gezondheidsfacetbeleid in de grote steden. Ze hebben respectievelijk betrekking op gezond bouwen en wonen, een gezond milieu en op de samenwerking tussen zorg en welzijn. Ze maken duidelijk aan welke aspecten bij ingrepen in de fysieke omgeving in achterstandswijken (en in nieuwbouwwijken) aandacht geschonken kan worden vanuit een gezondheidsoptiek. De drie onderwerpen zijn gekozen omdat de afgelopen tien jaar in verschillende grote steden op deze terreinen instrumenten zijn ontwikkeld en ervaring is opgedaan. Dit kan als inspiratie dienen voor andere steden. De beschrijvingen zijn gebaseerd op beschikbare literatuur.

Gezond bouwen en wonen in achterstands- en nieuwbouwwijken

De aandacht voor gezondheid in achterstands- en nieuwbouwwijken kan zich niet beperken tot nadenken over de aard en omvang van voorzieningen. Het gaat immers om een breder perspectief: aandacht voor een schoon, gevarieerd en veilig woon- en leefklimaat en voor samenhang in de sociale structuur. Gezond bouwen en wonen is het zodanig ontwikkelen, bouwen en beheren van woningen en de gebouwde omgeving dat gezondheid en welbevinden zo veel mogelijk worden bevorderd en dat ziekten en bedreigingen zo veel mogelijk worden voorkomen. Wanneer gemeenten bij (nieuw)bouwprocessen aandacht willen schenken aan gezondheid, zijn vanuit gezondheidsoptiek vijf hoofdpunten te benoemen (Koornstra et al., 1997):

Sociale samenhang in de wijk zelf en de voorzieningen ter ondersteuning hiervan

Wijken met een sterke sociale structuur zijn beter in staat hun eigen gezondheidsproblemen te managen. Woningdifferentiatie is gunstig voor de doorstroming binnen de wijk, voor de sociale netwerken en voor een evenwichtige opbouw van de bevolking. Voorzieningen kunnen, mits passend opgezet, de samenhang bevorderen.

Leefbaarheid van de woonomgeving

De kwaliteit van de leefomgeving heeft grote invloed op de gezondheid. Daarbij gaat het zowel om milieukwaliteit als om (sociale) veiligheid en de inrichting van de openbare ruimte.

Kwaliteit van het binnenmilieu

De meeste tijd wordt binnenshuis doorgebracht, in de woning, op school of op het werk. Vooral ademhalingsklachten (CARA) en allergieën kunnen beïnvloed worden door het binnenmilieu. De huidige energiebesparende isolatiemaatregelen in de woningbouw kunnen tot (extra) gezondheidsklachten leiden als niet goed wordt geventileerd.

Noodzaak om duurzaam te bouwen

Bij duurzame stedelijke ontwikkeling staan besparing van energie en water en beperking van milieubelasting door efficiënt ruimtegebruik, materiaalkeuze en afval centraal. Daarnaast is er aandacht voor de verkeers- en vervoersstructuur en voor natuur en land-

schap. Duurzame stedelijke ontwikkeling is niet alleen goed voor het milieu maar ook voor de bewoners: duurzame wijken sluiten aan bij de 'levensloop' van de bevolking en geven ruimte voor participatie. In de gevallen waar duurzaamheid en gezondheid strijdig zijn, kan worden gezocht naar creatieve oplossingen.

Invloed van nieuwbouw op aangrenzende gebieden

Een goede samenhang tussen (nieuw)bouw en bestaand woongebied leidt tot krachtige, evenwichtig opgebouwde wijken. Van bestaand gebied is te leren wat werkt en wat niet.

De preventieve gezondheidszorg is één van de participanten die belangrijk zijn bij de herstructurering van woonwijken en de vormgeving van nieuwbouwwijken. Zij brengt sociale en gezondheidsaspecten in bij afwegingen voor een bepaalde inrichting of technologie, en ervaring en instrumenten op het gebied van participatie (Koomstra et al., 1997). Er is een checklist van aandachtspunten beschikbaar. De gemeente Rotterdam en de Rotterdamse GGD hebben een voorbeeldfunctie op dit terrein (Sjerps, 2001). De Rotterdamse gemeenteraad heeft met een motie de GGD gelegitimeerd als onderhandelingspartner bij alle (her)inrichtingsplannen in de stad (Van den Bogaard, 2001).

Stad en milieuprojecten

De ruimte om te bouwen wordt in Nederland steeds schaarser. Binnenstedelijke locaties bieden veel mogelijkheden voor wonen, werken en recreatie. Dit noodzaakt ook te bouwen nabij grote verkeerswegen, bedrijven of spoorlijnen. De druk om dan maar meer milieubelasting te accepteren groeit, zelfs als deze uitgaat boven de geldende normen. De rijksoverheid schrappt steeds meer landelijke normen. Onder andere bij stank en geluid mogen de gemeenten zelf bepalen wat zij acceptabel vinden. Ook voert de overheid steeds meer gebiedsgericht beleid: in de ene wijk accepteert zij meer en in de andere wijk minder milieubelasting. De bestaande milieunormen zijn echter niet altijd op gezondheid gebaseerd, en er is dus reden om op een positieve manier ook naar gezondheid te kijken.

Onlangs is in de Experimentenwet Stad en Milieu toestemming gegeven voor vijftien-twintig duidelijk omschreven projecten om eventueel af te wijken van geldende milieunormen. Dan moet al wel rekening gehouden zijn met milieuproblemen (stap 1) en met de wettelijke normen om die op te lossen (stap 2). Pas als die geen soelaas bieden mag stap 3 genomen worden. In stap 3 is extra voorzichtigheid geboden en moet de GGD advies geven. Hierdoor heeft gezondheid een prominente plaats gekregen in stedelijke ontwikkelingsplannen. Het in beeld brengen van gezondheidseffecten van wegen en bedrijfsactiviteiten is echter niet zo eenvoudig. Verder ontbrak een gestandaardiseerde wijze van risicobeoordeling.

GGD Nederland heeft onlangs een methode laten ontwikkelen voor een lokale gezondheidseffectscreening (GES) op het terrein van de ruimtelijke ordening en milieu: de GES Stad & Milieu. Het instrument is bedoeld om stedelijke ontwikkelingsprojecten te kunnen toetsen op een aantal gezondheidsaspecten. De GES kan niet alleen bij nieuwbouw maar ook bij bestaande bebouwing ingezet worden.

De GES bestaat uit een kwantitatieve checklist, waarmee de blootstelling gezondheidskundig kan worden beoordeeld. Allereerst vindt een inventarisatie plaats van de bronnen, zoals bedrijven, wegverkeer en railverkeer. Vervolgens wordt per bron bekeken hoe hoog de emissie is en hoe die zich verspreidt. Daarbij wordt berekend op welke afstand woningen staan en hoe hoog op die afstand de blootstelling is. Dit wordt voor vier facetten uitgewerkt: luchtverontreiniging, stank, geluid en externe veiligheid (kans op ongevallen). Elke bron krijgt voor elk facet een score.

In opdracht van de Ministeries van VROM en VWS heeft GGD Nederland een uitgebreid implementatieplan uitgevoerd. Aanbevolen wordt de GES al in een vroeg stadium in het planproces in te brengen. Dan biedt ze ook kansen voor een integrale benadering. En dan zijn afwegingen mogelijk bijvoorbeeld tussen gezondheid en leefbaarheid en tussen economische en sociale aspecten. De GES en de GES-scores hebben geen wettelijke basis, afgezien dan van de hiervoor vermelde stad en milieu-experimenten waar dat wel het geval is. De invoering staat of valt met het bewustzijn van planontwikkelaars en bestuurders. En de GGD moet in staat zijn om een GES uit te voeren en daarover goed te communiceren.

Het toepassen van het GES-instrument in concrete gevallen vergt tijd. Dit is de reden dat bij de introductie werd benadrukt dat gemeenten moeten kiezen of zij hierop willen inzetten, gezien de beperkte capaciteit die binnen gemeenten beschikbaar is. Als het instrument echter zijn waarde bewezen heeft, zou men voor uitbreiding van de gemeentelijke capaciteit moeten pleiten (Fast et al., 2001).

De praktijk van zorg en welzijn in stedelijke nieuwbouwwijken

Naast alle herstructureringswijken kent elke stad wel een of meer grote uitbreidingslocaties in het kader van de VINEX-operatie. Het is vanzelfsprekend dat binnen gemeenten vanuit de zorg- en welzijnshoek bijzondere aandacht uitgaat naar de vormgeving van die wijken. Ervaringen in het verleden hebben duidelijk gemaakt dat een verkeerd opgezette wijk binnen vrij korte tijd in kwaliteit achteruit kan gaan en zich tot een achterstandswijk kan ontwikkelen. Onlangs is door Driest (2001) de betrokkenheid van de lokale zorg- en welzijnssector bij de plannen voor VINEX-locaties onderzocht.

In de praktijk blijkt dat de zorg- en welzijnssector vaak pas in een laat stadium bij de plannen wordt betrokken: als de infrastructuur al vast ligt. De aandacht van de zorg- en welzijnssector bij nieuwe VINEX-wijken gaat vervolgens vooral uit naar een (belangrijk) deelaspect van de gezonde omgeving, namelijk het creëren van een groot aantal aanpasbare woningen en een goede diensten-infrastructuur: de zogenaamde woon-zorgplannen. Scholen, winkels, sport- en recreatieve voorzieningen, openbaar vervoer, openbaar groen, enzovoorts worden niet of nauwelijks bij de plannen betrokken, zoals in Gezond Bouwen en Wonen juist wel wordt voorgesteld. Ook wordt in bijna geen enkele VINEX-exercitie nagedacht over sociaal beheer, omdat dat over het algemeen geassocieerd wordt met naoorlogse achterstandswijken. Uitzonderingen zijn de plannen voor Leidsche Rijn (Utrecht) en IJburg (Amsterdam). Hier zijn integrale plannen ontwikkeld met zorgclusters, kindclusters, vervoer, recreatie, enzovoorts. De con-

cretisering van die plannen moet echter nog geschieden en er is dus nog geen zekerheid of ze werkelijkheid zullen worden (Driest, 2001).

De zogenaamde woon-zorgplannen zijn bedoeld om te zorgen dat iedereen, ook ouderen en andere zorgbehoeftegen goed kunnen wonen. Woonzorgplannen komen bij het Ministerie van VROM in aanmerking voor subsidie. De laatste jaren is een duidelijke inhaalslag aan de gang, mede door de subsidies van VROM. Waarschijnlijk is de opstelling van de woningbouwcorporaties in die inhaalslag cruciaal geweest. Op dit moment zijn er op vrijwel alle VINEX-locaties overlegcircuits over gemeenschappelijke woon-zorgcircuits, over de menging van bewonerscategorieën en over de wijze waarop collectief gefinancierde en commerciële diensten elkaar kunnen aanvullen. Die overlegcircuits verschillen nogal in uitgebreidheid. Minimumvarianten beperken zich meestal tot enkele kernvoorzieningen zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en aangepaste woningen. Uitgebreidere varianten betrekken er meer doelgroepen en meer voorzieningen bij. Zo heeft Leidsche Rijn bijvoorbeeld projecten voor gehandicapten en daklozen. De gedachtenexercitie rond de woon-zorgzone werpt ook vruchten af in een aantal naoorlogse wijken, zoals Den Haag-Zuidwest (Moerwijk). Er is echter nog weinig ervaring met de *uitvoering* van de voorgenomen woon-zorgplannen (Driest, 2001). Opvallend is verder dat sommige aspecten van de fysieke omgeving, zoals de nabijheid van autosnelwegen of industrie, bij de locatiekeuze in de praktijk niet altijd meegenomen worden (Meijer, 1997).

Samenvattend kan op basis van het onderzoek van Driest gesteld worden dat de zorg- en welzijnssector bij VINEX-locaties relatief laat betrokken worden en mede daardoor weinig aandacht (kunnen) besteden aan het creëren van een gezonde omgeving en een goede voorzieningenstructuur.

literatuur

- Bogaard JHM van den. Gezondheidsverschillen en woonsituatie, stand van zaken en mogelijke interventies. In: Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2001: 227-245.
- Driest P. Vinex en de nieuwe woonzorgplannen. In: Hortulanus RP, Machielse JEM (red.). Op het snijvlak van de fysieke en sociale omgeving. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie bv, 2001: 103-114.
- Fast T, Hazel P vd, Jong AFH de, Post M. De GES Stad & Milieu. Lokale gezondheidseffectscreening voor ruimtelijke ordening en milieu. GGD-nieuws, maart 2001: 23-27.
- Koornstra A, Bazuin H, Duijm F, Boogaard J van den, Zoutman R (red.). Ruimte voor gezondheid. Gezond bouwen en wonen in nieuwe wijken. Den Haag: VNG uitgeverij, 1997.
- Meijer AWM. Gezond bouwen en wonen. Jaarcongres Netwerk Gezonde Steden. GGD nieuws juni 1997: 19-23.
- Sjerps M. Gezondheid heeft alles te maken met schoon, heel en veilig. in: Vitale Stad. Vakblad voor stedelijke vernieuwing en leefbaarheid. (Themanummer de Gezonde Stad). 4, april 2001:15-17.

Bijlage 10: Analyse van beschikbare volksgezondheidsnota's in de grote steden

(Bron: Schoenmakers, 2001)

Gemeente	Beschikbaarheid nota en jaartal	GSB in beleidskader genoemd	Wijkgericht werken in beleidskader genoemd	Wijkgericht werken in visie-paragraaf genoemd	Wijkgerichte maatregelen en/of activiteiten genoemd
<i>G4</i>					
Amsterdam	Bezig				
Den Haag	1999	X	-	X ³	Concreet
Rotterdam	1995 en bezig				
Utrecht	1999	X	X	X	Concreet
<i>G21</i>					
Almelo	Bezig				
Arnhem	Bezig				
Breda	1999 ¹				
Den Bosch	1992, 1996 en bezig	-	X	X ³	-
Deventer	Bezig				
Dordrecht	Bezig				
Eindhoven	1998	X	X	X	-
Enschede	1997	X	-	X	Concreet
Groningen	Bezig ²	-	-	X ³	Algemeen
Haarlem	Bezig				
Heerlen	Bezig				
Helmond	Gereed				
Hengelo	Gereed	X	-	X ³	Concreet
Leeuwarden	Bezig				
Leiden	Bezig				
Maastricht	Bezig				
Nijmegen	Bezig				
Schiedam	1999	X	-	X	-
Tilburg	Bezig				
Venlo	Bezig				
Zwolle	1995 en bezig				
<i>G-nieuw</i>					
Alkmaar	1999	-	X	X ³	Algemeen
Amersfoort	Bezig				
Emmen	2000	X	-	X	Concreet
Lelystad	Bezig				
Zaanstad	1992, 1999	-	-	X ³	-
<i>Niet GSB-gemeenten met 100.000+ inwoners</i>					
Almere	Bezig				
Apeldoorn	Bezig				
Ede	Bezig				
Haarlemmermeer	Bezig				
Zoetermeer	Bezig				

¹ De volksgezondheidsnota is niet beoordeeld.

² Discussienota gezondheidsbeleid is beoordeeld.

³ In de volksgezondheidsnota wordt een relatie gelegd met ander gemeentelijk beleid.

Bijlage 11: Voorbeelden van wijkgerichte initiatieven om de gezondheid te verbeteren

Deze bijlage beschrijft enkele landelijk bekende voorbeeldprojecten van wijkgerichte projecten die worden uitgevoerd met als doel de gezondheid van bewoners van achterstandswijken in grote steden te verbeteren. Het betreft wijkgerichte bevordering van gezond gedrag (Rotterdam), initiatieven vanuit de gezondheidszorg (Den Bosch, Den Haag) en een Beter in de buurt project (met als voorbeeld Arnhem) dat de brede achterstandsproblematiek in de wijk als invalshoek heeft. Het betreft in alle gevallen projecten volgens de community-interventiebenadering, waarin de bevolking actief betrokken is bij de vormgeving en uitvoering van de projecten (bottom-up). Er komt steeds meer ervaring met deze bottom-up benadering. Vooral de ervaring met de initiatieven vanuit de gezondheidszorg is gebaseerd op projecten die al tien tot twintig jaar lopen. Onderstaande beschrijving is gebaseerd op bestaande literatuur en gesprekken met de trekkers van deze projecten.

Wijkgerichte bevordering van gezond gedrag

Als voorbeeld wordt allereerst een community-interventieproject beschreven dat gericht is op bevordering van gezond gedrag in Rotterdam. Het project toont aan dat voor een bottom-up benadering een lange adem nodig is, dat het veel flexibiliteit van de uitvoerders vraagt, en dat deze benadering zich niet gemakkelijk verdraagt met het uitvoeren van een klassiek opgezet effect-evaluatie onderzoek.

In het Rotterdamse project werd beoogd om de lagere SES-groepen intensief te bereiken met leefstijlvoorlichting, en om, met de wijk als ingang, de bestaande contacten, netwerken en invloeden te gebruiken ter verspreiding van en versterking van de voorlichting. Doelgroep was de bevolking in een aantal achterstandswijken in de leeftijd van 20 tot 45 jaar. Het was de bedoeling bewoners te betrekken bij de verschillende fases van het project. Er zou worden aangesloten bij vragen en problemen die bewoners in de wijk zelf ervaren. In overleg met hen zouden thema's en prioriteiten worden gekozen. Het wetenschappelijke onderzoeksprotocol schreef voor dat er ook enkele controlewijken zouden zijn zonder interventie.

Terugkijkend zijn er meerdere zaken die in werkelijkheid anders liepen dan verwacht. De verwachte politieke steun voor de interventie bleek er in de deelgemeente niet te zijn. Er bestonden op het tijdstip van het project een aantal tegenstellingen, ook op andere terreinen tussen het stadhuis (dat achter de interventie stond) en de deelgemeenten. Verder bleek dat de doelgroep, die betrokken werd bij de interventie, niet geïnteresseerd was in verbetering van de eigen leefstijl, maar veel meer in sociale zaken als kinderopvang, veilig verkeer en een groter aanbod van huisartsen. Doordat de discussie over de totale wijkproblematiek moest gaan en over de onderwerpen die de wijkbewoners zelf aandroegen, kwam de discussie over de leefstijloorzaken van gezondheidsachterstand niet tot stand. Deze werd overvleugeld door andere wijkproblematiek.

Een ander punt betreft de invulling van wijkgericht werken. Voor de GGD is wijkgericht werken een methode om groepen mensen met een lage SES te bereiken. Voor de politiek is het een beleidslijn om de betrokkenheid van Rotterdammers te vergroten, waaraan alle gemeentelijke instanties gestimuleerd worden om mee te doen. Onderzoekers en politiek spraken niet dezelfde taal en hielden er een verschillend tempo op na. Voor het tot stand brengen van community interventies moet gerekend worden met een lange opstartfase, waarin flexibel gewerkt kan worden. De GGD Rotterdam e.o. concludeert dat er een mismatch is geweest tussen enerzijds het onderzoekdenken en anderzijds de realiteit van de processen die rond interventies spelen.

Hoewel uiteindelijk een aantal voorlichtingsactiviteiten wel zijn uitgevoerd, is het wetenschappelijke onderzoek om een aantal redenen gestopt. De voornaamste reden was, dat de interventie uiteindelijk kleiner van vorm en omvang werd dan was overeengekomen met de subsidiegever van het onderzoek, mede als gevolg van de participatie van bewoners en de invloed van de deelgemeenten, en dat ook in de controlewijken interventies op gang kwamen.

Uiteindelijk is er toch het een en ander bereikt, zij het met een aangepast doel en een aangepast doelgroep, en misschien wel mede dank zij alle discussies en problemen. In het Oude Noorden is er een groepsbijeenkomst van veertig mensen geweest over het thema voeding. In Spangen kwam het thema vrouw en gezondheid op de agenda, terwijl in Hillesluis een Turkse moskee het initiatief nam tot een stoppen-met-roken-campagne gericht op de eigen achterban. En in de wijk Feijenoord is een gezondheidsinformatiepunt gestart dat inmiddels al enige tijd goed draait. Verschillende van deze activiteiten werken als een olievlek. Ook de gemeente en de deelgemeenten vinden nu dat het wijkgerichte werken goed op gang gekomen is.

Tenslotte werkt het leereffect door naar andere plaatsen en instellingen. Vanuit Eindhoven, waar een soortgelijk project wordt opgezet, is met veel belangstelling naar het project gekeken. En ZON als subsidiegever heeft een discussie gestimuleerd over de leerpunten voor het opzetten van wetenschappelijk evaluatie-onderzoek naar community-interventietrials, waarvoor nieuwe instrumenten ontwikkeld moeten worden (de Haes & Voorham, 2000; Brouwer de Koning, 2001; de Haes & Vaandrager, 2001).

Tussen het formuleren van beleid volgens de community benadering, met een sterk accent op participatie van bewoners en politieke betrokkenheid van de gemeente en deelgemeenten, en de uitvoering van wijkgerichte interventies ligt al met al dus een grote stap die niet altijd zonder slag of stoot succesvol gezet kan worden. Er zijn knelpunten te verwachten. Zeker wanneer ook nog eens de effecten van de interventie met behulp van een wetenschappelijk verantwoord evaluatie-onderzoek gemeten moeten worden.

Den Bosch-Oost: Gezondheidscentrum in de wijk

In Den Bosch-Oost is rond het Gezondheidscentrum in de afgelopen 21 jaar een reeks van projecten tot stand gekomen die alle gekenmerkt worden door samenwerking van

professionals en bewonersgroepen. In feite werkt men in deze projecten met de begrippen en uitgangspunten van het opbouwwerk en vrouwenhulpverlening, toegepast op onderwerpen rond de (gezondheids)zorg voor kwetsbare groepen. Deze samenwerking is ingebed in een wijkzorgnetwerk Hulpsector Oost.

Het wijkzorgnetwerk structureert en onderhoudt de communicatie tussen veel instellingen en professionals (zoals welzijnswerk, scholen, politie, maatschappelijk werk, gezondheidscentrum, GGD, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuis en woningcorporaties) met de vele vrijwilligersinitiatieven in de wijk (bijvoorbeeld rond ouderen, kinderen, allochtonen, vrouwen, buurthuizen en buurtcomité's). Vanuit deze samenwerking ontstaan geregeld samenwerkingsprojecten.

Een voorbeeld betreft alleenstaande, eenzame en zorgbehoefte ouderen: ouderen die de deur niet meer uitkomen en niet meer kunnen koken en bovendien een dieet nodig hebben. Een arts of verpleegkundige signaleert dat. Voor het koken zou volstaan kunnen worden met het inschakelen van tafeltje dekje, maar daarmee is de eenzaamheid niet voorbij. Omdat het niet één persoon treft maar meerdere, is in Den Bosch-Oost het initiatief genomen om op drie plekken in de buurt ouderen samen te brengen om gezamenlijk te eten. Het verpleeghuis, dat is ingesteld op het koken van diëten, kookt voor ze. Het gezamenlijk eten brengt meer sociaal contact met zich mee. Het gebeurt vervolgens ook dat deelnemers van daaruit weer gaan deelnemen aan iets anders. Het verminderen van eenzaamheid, de betere voeding en de deelname aan andere activiteiten houden de oudere vitaler. Zorg, empowerment en preventie komen hierin dus samen.

Een ander voorbeeld komt voort uit incidenten met geweld. Dat is het kind en veiligheid project waaraan scholen politie, opbouwwerk en zorg meedoen. Dat heeft een aantal jaren gelopen (vanaf 1997). Doel van het project is om in gezamenlijkheid te streven naar een veilige leefomgeving voor jeugdigen van 0-12 jaar. Het project betrof zowel psychische als fysieke onveiligheid: het (gedeeltelijk) ontbreken van een opvoedingsstructuur, de aanwezigheid van emotionele verwaarlozing, intolerantie, pesten, verkeersongevallen en gevaarlijk oppervlaktewater. De acties hadden betrekking op de thuisomgeving (3x), fysieke omgeving (4x), sociale omgeving (1x), de voorzieningen in de wijk (2x) en de culturele omgeving (1x). De meest succesvolle acties worden voortgezet of ingebed in de reguliere voorzieningenstructuur (Paes, 1996; van der Klein, 1999).

Het netwerk Hulpsector Oost is breder dan de gezondheidszorg. De politie gebruikt het netwerk voor andere doeleinden en zou andere voorbeelden kiezen. Datzelfde geldt voor welzijnswerk en woningbouwcorporaties. Die instellingen gebruiken het netwerk om op het spoor van mensen met problemen te komen, die ze kunnen helpen maar die niet uit zichzelf zouden komen. Het netwerk zou niet kunnen voortbestaan zonder dat het voor elk van de deelnemers iets te bieden heeft. Tussentijds en in het twee maandelijks netwerkoverleg signaleren de deelnemers naar elkaar bij welke mensen in de wijk zij problemen hebben gezien en waar die problemen uit bestaan. Wanneer blijkt dat een probleem bij meerdere mensen voorkomt, leidt dat ook tot meer structurele initiatieven,

niet alleen met betrekking tot de zorg, maar ook bijvoorbeeld in relatie tot huisvesting of woonomgeving. Het netwerk ondersteunt juist ook initiatieven die de wijkbewoners zelf oppakken en starten. Zo wordt gebruik gemaakt van de sterke punten van mensen in de wijken voor het oplossen van problemen.

Ook andere instellingen zoals bijvoorbeeld de brede school kunnen als kern en fysiek centrum fungeren voor het ontwikkelen en in stand houden van intersectorale netwerken. Het is een voordeel als de professionals al gewend zijn om interdisciplinair te werken. Het feit dat het initiatief in Den Bosch-Oost mede vanuit de gezondheidszorg komt, betekent een soort garantie dat de aandacht uitgaat naar kwetsbare groepen (zoals psychiatrische patiënten en eenzame en zorgbehoevende ouderen) en zij het uitgangspunt vormen. Het welzijnswerk legt bijvoorbeeld meer de nadruk op bewoners- en buurtorganisaties, waarin toch vooral de meer zelfstandige en mondige wijkbewoners deelnemen. De nabijheid van een gezondheidscentrum of een brede school is een voorwaarde voor het vinden van oplossingen. Bij alle projecten participeren naast professionals ook bewonersgroepen.

In Den Bosch-Oost (en in andere gelijksoortige initiatieven) bestaat behoefte aan structurele, geïntegreerde en langdurige subsidies met het oog op continuïteit. Die moet volgens de leiding van het gezondheidscentrum vooral gericht zijn op het instandhouden en ondersteunen van de netwerkstructuur zelf. Daarbovenop kunnen projectsubsidies worden gezocht. De deelnemende organisaties vinden het vanzelfsprekend dat de ondersteuningsstructuur deels door de deelnemende instellingen zelf gefinancierd wordt, maar zij vinden het ook een noodzakelijke en legitieme taak van de gemeente. Het gaat immers om samenwerkingsstructuren tussen meerdere sectoren, waarvan de gezondheidszorg er slechts één is. Op dit moment financiert de gemeente wel een aantal projecten, maar niet de netwerkstructuur zelf. Deelfinanciering door de gemeente heeft ook een stimulerende en legitimerende functie van de netwerken: de gemeente erkent daarmee het belang van het netwerk (Paes et al., 2000).

Den Haag, STIOM

De Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (STIOM) is een organisatie die is opgezet om de samenwerking en de samenhang in de extramurale zorg in achterstandswijken van Den Haag te stimuleren met als doel deze zorg kwalitatief goed én kosten-effectief te organiseren. STIOM richt zich daarbij op vier taken: 1) opzet van een infrastructuur in de achterstandswijken waardoor hulp- en dienstverleners stelselmatig met elkaar in contact worden gebracht, 2) het voeren van de regie in het tot stand brengen van een samenhangend zorgaanbod, 3) het coördineren van zorgvernieuwingsprojecten en 4) belangenbehartiging richting besturen en overheden.

STIOM is begonnen in één stadsdeel (met daarin de achterstandswijken Transvaalkwartier en Schilderswijk) en breidt zich inmiddels uit naar vier stadsdelen. Per stadsdeel zijn er tussen de 50 en 200 hulpverleners bij STIOM betrokken. Gemiddeld lopen er zo'n 10 tot 15 zorgvernieuwingsprojecten. Een voorbeeld is het project bestrijding van eenzaamheid onder ouderen in de Schilderswijk. Het gaat in de STIOM-benadering steeds om het

leggen van verbanden tussen *alle* professionals en niet-professionals die bij de vaak complexe problematiek van bewoners betrokken zijn. Het betreft hier onder meer werkers binnen de gezondheidszorg, sociaal raadslieden, het opbouwwerk, welzijnsorganisaties, bewonersorganisaties, zelforganisaties en maatschappelijke opvangvoorzieningen. De algemene interventiestrategie is te starten bij herkenbare problematiek op de werkvloer. Daaromheen worden alle partijen bij elkaar gebracht. Vanuit een gezamenlijke visie wordt vervolgens een gezamenlijke aanpak ontwikkeld. De versterking van de preventie en de vergroting van de zelfredzaamheid van bewoners staan daarbij altijd voorop. Dat is de reden om ook niet-professionals bij de aanpak te betrekken (Amrit, 1999).

Twee voorbeelden kunnen de werkwijze van de STIOM-aanpak illustreren. Allereerst het project Nieuwe Sporen, waarin met behulp van ‘vertrouwenspersonen’ uit de verschillende allochtone gemeenschappen in Den Haag wordt gewerkt aan de verbetering en vernieuwing van de psychosociale zorg aan allochtonen, en aan de verbetering van hun leefsituatie. Allochtone vertrouwenspersonen fungeren hierin als ‘deskundige’ én als ‘intermediair’ tussen de eigen gemeenschap en de reguliere zorg. Daarnaast zal door de inzet van deze vertrouwenspersonen en in samenwerking met de reguliere zorg méér preventief gewerkt kunnen gaan worden aan het voorkómen van (vaak complexe) psychosociale problematiek bij allochtonen. Het betreft hier een doelgroepgerichte aanpak (van der Maat, 2000).

Het tweede voorbeeld is het project ‘de Thuisdokter’ dat een wijkgerichte aanpak kent. Dit project is een gevolg van een vijftiental discussie-avonden tussen huisartsen en (allochtone) patiënten over “wederzijds onbegrip”. Naar aanleiding van deze avonden is op verzoek van de (allochtone) bewoners een zogenaamde nuldelijnsstandaard ontwikkeld, waarin voor de vijftien meest voorkomende kwalen en klachten wordt beschreven wat bewoners zélf kunnen doen alvorens naar de dokter te gaan. Deze standaard wordt inmiddels ook door apothekers en consultatiebureaus gebruikt. Onderzoek heeft inmiddels uitgewezen dat dit project de zelfredzaamheid van bewoners heeft vergroot (Pass et al., 2001)

Er is behoefte aan diepte-onderzoek om de gezondheidsproblematiek die in de wijk speelt en de samenhang met andere problemen voor betrokkenen en voor het zorgveld herkenbaar in beeld te brengen, en om praktische oplossingen daarvoor te vinden. Dat type onderzoek moet van onder naar boven (bottom-up) worden aangepakt (Heydelberg et al., 2001).

Het STIOM-model staat aan de basis van de Proeftuin Maatschappelijke Gezondheidszorg in Den Haag die door het ministerie van VWS wordt ondersteund (Nijhuis, 2000). De gemeente Den Haag beschouwt STIOM als een voorbeeldproject voor andere steden die deelnemen aan het grotestedenbeleid (Gemeente Den Haag, 1999).

Beter in de buurt-project

Het Beter in de buurt-project in Arnhem is in aansluiting op het sociaal vernieuwingsbeleid op initiatief van de GGD in 1995 gestart en heeft de brede achterstandsproblematiek

in de wijk als primaire invalshoek. Doel is naast het leveren van een bijdrage aan de verbetering van de gezondheid en het welzijn, in het bijzonder van personen met een lage SES, na te gaan of een methode van wijkgericht werken in Arnhem haalbaar is. Uitgangspunt van de wijkgerichte benadering vormt participatie van de bevolking en daaraan gereleerd, empowerment. Er werd gekozen voor maatregelen met betrekking tot leefstijl en de fysieke en sociale omgeving. Maatregelen in de fysieke omgeving betreffen onder meer de afstelling van stoplichten, het instellen van 30-km zones en woningverbetering. Maatregelen in de sociale omgeving waren bijvoorbeeld werkgelegenheidsprojecten in de buurt, buurtpreventie en de aanpak van eenzaamheidsproblemen. Door de aansluiting bij de sociale vernieuwing was de politieke betrokkenheid groot en werd de stap van project naar beleid makkelijker gemaakt, waardoor de continuïteit enigszins gewaarborgd werd.

Na het afronden van de pilotprojecten zijn enkele voorwaarden voor het slagen van een wijkgericht werken project toegevoegd: 1) de aanwezigheid van voorzieningen zoals eerstelijnsgezondheidszorg, wijkagent, buurtopbouwwerk en basisschool, 2) aanwezigheid van een wijknetwerk, en 3) geen andere grootschalige projecten in de wijk in dezelfde periode. Ook was gebleken dat de samenwerking met het buurtopbouwwerk van essentieel belang is. Uiteindelijk is de keuze voor een nieuw project toen op de wijk Het Arnhemse Broek gevallen. 'Het Arnhemse Broek, Gezond en Wel' project bestond uit drie fases: het opstellen van een gezondheidsprofiel, het uitwerken van een gezondheidsprogramma en de actieperiode. Bewoners en sleutelfiguren hebben besloten dat het project zich zou moeten richten op 'buurt en veiligheid', 'opvoeden en opgroeien in Arnhemse Broek' en 'stress hoe ga je er mee om?'.

Dit project wordt geëvalueerd in het kader van de Programmacommissie SEGV-II. Een deel van de projectevaluatie is gereed. Er zijn in totaal 46 verschillende activiteiten uitgevoerd. De activiteiten in het thema 'buurt en veiligheid' werden als meest succesvol gezien. De betrokken professionals waren voornamelijk positief over het project. Onder andere gaven zij als reden dat het project als katalysator in de wijk werkte en de motivatie van de werkers verhoogde, problemen beter zichtbaar werden en een beter inzicht ontstond in wat collega werkers in de wijk deden. Door het project kwamen er meer subsidiemogelijkheden en dus de gelegenheid dingen groter aan te pakken. Minder positief vond met het gebrek aan middelen dat vóóraf beschikbaar was en het gebrek aan prioriteit voor het project bij het management van de eigen instellingen. In juni 2000 is het project afgerond en heeft de GGD haar aandacht verlegd naar een andere achterstandswijk. De evaluatie van de effecten wordt in 2002 afgerond (Abbema & Ekelmans, 2001).

Tot besluit

Alle voorbeelden laten zien dat het mogelijk is gezondheidsbevorderingsprojecten uit te voeren die uit een groot aantal deel-activiteiten bestaan en samenwerking met een groot aantal instellingen, professionals en wijkbewoners betreffen. Het initiatief ligt vaak bij de GGD, maar kan ook bij de eerstelijnszorg liggen. Samenwerking met het opbouwwerk komt meermaals terug. Er zijn verschillen in de wijze waarop de bottom-up benadering wordt vormgegeven: primair door middel van enquêtes om de prioriteiten van de bevolking te peilen gevolgd door groeps gesprekken met professionals en bewoners of

primair door middel van problematiek die door professionals wordt gesignaleerd. Tenslotte blijkt de continuïteit van de projecten niet altijd verzekerd.

Deze lijst van voorbeeldprojecten zou gemakkelijk kunnen worden aangevuld met andere, zoals bijvoorbeeld Hartslag Limburg dat door de GGD Zuid-Limburg wordt uitgevoerd. Evenals de andere voorbeelden bestaat dat project uit een grote hoeveelheid activiteiten en wordt erin samengewerkt met een groot aantal andere organisaties. In andere opzichten betreft het een mengvorm. Hartslag Limburg legt een sterk accent op achterstandswijken in Maastricht, maar werkt ook in de gemeenten rond Maastricht. Het is bovendien een mix tussen een top-down en een bottom-up benadering. De GGD heeft een duidelijk aanbod van activiteiten, maar stelt zich ook flexibel op en past het aanbod aan. De eis is dat de helft van de uitgevoerde activiteiten uit het eigen aanbod van de GGD moet bestaan. Daarmee creëert de GGD dus een onderhandelingsbasis (Steenbakkers & Ruland, 2000).

Een ander voorbeeld van de benadering die uitgaat van de brede achterstandsproblematiek in de wijk en waarbij gezondheidsachterstanden als onderdeel en in samenhang met de andere problemen in de wijk worden gezien, is het project Gezonde Wijken in Rotterdam (GGD Rotterdam e.o., 2001).

literatuur

- Abbema E, Ekelmans M. Wijkgericht werken aan gezondheid in "Het Arnhemse Broek" in: Stronks K (red.). Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen. Deel 4, Den Haag: ZON, 2001, 29-46.
- Amrit. Vijf jaar STIOM - ervaringen op het grensvlak van zorg en welzijn. Den Haag: Amrit, 1999.
- Brouwer de Koning J. De les van Rotterdam. Mediator, 12, maart 2001, 2-4.
- GGD Rotterdam e.o. Gezonde wijken. Verslag van het Gezonde Stad-congres, 26 april 2001.
- Gemeente Den Haag. De kracht van Den Haag. Een stad die actief investeert in mensen, hun werk, wonen, cultuur en welzijn. Den Haag: 1999. Internetsite www.grotestedenbeleid.net, 2001.
- Haes WFM de, Vaandrager L. Bevorderen van gezond gedrag bij lage sociaal-economische groepen. in: Stronks K, Hulshof J (red.). De kloof verkleinen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2001: 145-165.
- Haes WFM de, Voorham T. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Verslag aan ZON, GGD Rotterdam e.o., Projectbureau Gezonde Stad, 2000.
- Heijdelberg E, Koot J, Verkleij H. Verslag VTV werkconferentie Gezondheid in de Grote Steden: Preventie en facetbeleid, 23 november 2000. Ministerie VWS, Den Haag, 2001.
- Klein P van der. Het Project Kind en Veiligheid. Den Bosch-Oost, november 1999.
- Maat T van der. Nieuwe Sporen. Projectverslag fase 1, juni 1998 - juni 2000. Den Haag, STIOM, augustus 2000.
- Nijhuis HGJ. Proeftuin Maatschappelijke Gezondheidszorg Den Haag: Bureau Public Health, Den Haag, 2000.
- Paes M. Participeren kun je leren. Hoe kinderen en jongeren meewerken aan een gezonde en veilige buurt. Zwolle/Tilburg: Landelijk Centrum Opbouwwerk/Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg, 1996.
- Paes M. Zorg op menselijke maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken. Zwolle, 1999.
- Paes M. U bent toch de dokter! Hoe wijkgezondheidscentra werken aan gezondheidsachterstand. In Stronks K (red.): Sociaal-economische gezondheidsverschillen: Van verklaren naar verkleinen. Den Haag: ZON, 1999.
- Paes M, Sprinkhuizen A, Stuurok K (red.). Heel de buurt. Buurtgericht werken aan gezondheid. Utrecht: NIZW, 2000.
- Pass AMC, Timmermans DRM, Wal G. van der. De Thuisdokter -Onderzoeksverslag. Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit, 2001.
- Steenbakkers M, Ruland E. Hartslag Limburg: integrale preventie van hart- en vaatziekten in gemeenten, buurten, in huisartspraktijken en in het ziekenhuis. GGD Nieuws 2000; (8): 5-9.

REGISTER

A

Achterstandsbeleid 53, 61, 84, 99, 112
 Achterstandsbuurten 41, 44-45, 48, 59-61, 63
 Achterstandsgroepen 53, 57, 61, 78, 85-86,
 92, 97, 112
 Achterstandswijken 5, 7-14, 17-21, 27, 41, 45-50,
 53-55, 60-61, 63-65, 68, 70,
 73-75, 77, 83-85, 88-89, 92-95,
 97-101, 116, 118, 120, 123, 126, 129
 AIDS 26
 Alcohol 25, 28, 33, 93
 Alleenstaanden 17, 19, 21, 23, 30, 87
 Allochtonen 9, 17, 19-21, 23-24, 26-29, 36-37,
 48-49, 54, 60-61, 65, 67, 69, 74, 78,
 86-89, 92-93, 95, 97-99, 102, 116, 125, 127
 Amsterdam 25-26, 29, 32-34, 42-43, 72, 88,
 115, 120, 122, 129
 Angststoornissen 26, 33, 93
 Arbeid 61, 82
 Arbeidsomstandigheden 14, 66, 89, 97
 Arbeidsongeschiktheid 46, 58, 103
 Asielzoekers 54, 95, 103

B

Beperkingen 25, 30-31, 67, 79
 Buurten 18-19, 38-46, 48, 50, 70, 84, 88, 116, 129
 Buurtkenmerken 18, 40, 44, 46-47

C

Chronische aandoeningen 25-26
 Collectieve preventie 55-56, 64-65, 73, 77, 99,
 107, 114
 Community-interventie 98, 123
 Community intervention 67-68, 70, 79-80, 83, 112

D

Dak- en thuislozen 11, 78, 93, 95, 106
 Den Haag 24-25, 27, 29, 32-34, 42-44, 72,
 78, 80, 88, 115, 121-123, 126-127, 129
 Depressie 25, 93
 Doodsoorzaken 34, 37
 Doodsoorzakenstatistiek 35
 Druggebruik 26
 Drugs 27, 33, 67, 78

E

Economie 61-62, 76, 88, 90, 92
 Economische pijler 62, 72
 Empowerment 53, 68, 112, 125, 128
 Ervaren gezondheid 26-27, 37, 46
 Ethniciteit 30-31, 36, 85
 Evaluatie 78, 101-102, 128

F

Facetbeleid 14-15, 55-58, 64-65, 76, 101, 112, 129
 Fysieke omgeving 78, 118, 121, 125, 128

G

G21 12, 18-23, 30-31, 39-41, 71, 78,
 82, 112, 114-115, 122
 G4 7, 12, 19-24, 30-31, 34, 36, 39-41,
 70-71, 78, 82, 88, 104, 112, 114-115, 117, 122
 GES 57-58, 65, 114, 119-121
 (zie ook Gezondheids Effect Screening)
 Gezond bouwen en wonen 65, 72, 98, 101, 118,
 120-121
 Gezond gedrag 5, 8, 10, 14, 50, 53-55, 58-59,
 66-68, 72-73, 78-81, 83, 91, 97-98, 100, 123, 129
 Gezondheids Effect Screening 98
 Gezondheidsbeleid 5, 14, 16, 24, 53, 55-58,
 63-64, 67, 69-72, 74-77, 83-84,
 94, 99-101, 112, 122
 Gezondheidsbevordering 16, 46, 56, 59-60, 63-64,
 66, 73, 77, 80, 110, 129
 Gezondheidsvoorlichting 64, 78, 91
 Gezondheidszorg 5, 9, 14, 17, 24, 47, 50,
 53-54, 56-59, 72-73, 75-76, 78,
 80-83, 99-101, 119, 123, 125-127, 129
 GGD 7, 16, 18, 24, 26-27, 36, 42-43, 47, 59,
 64-65, 67, 71-74, 80-81, 83, 98, 100, 114,
 119-121, 124-125, 127-129
 Grotestedenbeleid 5, 9-10, 12-13, 15-19, 30-32,
 40-41, 53-56, 59-66, 69-72, 74-77,
 80-84, 87, 98-102, 112, 127, 129

H

Hart- en vaatziekten 25-26, 67, 94, 129
 Herstructurering 62-63, 72-73, 91, 98, 119

I

Illegalen 11, 95,
 88, 93
 Immigratie 88, 93
 Infectieziekten 26, 29, 34, 37, 64
 Inkomen 7, 13, 17-21, 38-41, 43-48, 50,
 82, 88-89, 116
 Inkomensniveau 38-41
 Integraal beleid 63, 74, 112
 Integraal gezondheidsbeleid 112
 Intersectorale samenwerking 53, 56, 65, 67, 78,
 83, 100, 102, 112
 Interventie 112, 123-124

J

Jeugd 27, 29, 47, 61-62, 69, 72, 82
 Jeugdgezondheidszorg 56, 59, 64, 66, 73, 76, 83
 Jongeren 25-26, 28, 69, 129

- L**
 Langdurige aandoeningen 31
 Leefomgeving 5, 10, 18, 32, 46, 53, 55, 60, 62-64, 68, 70, 73, 83, 85, 91, 97-98, 118, 125
 Leefomstandigheden 8, 10, 14, 17, 53-54, 95, 97, 100
 Leefsituatie 5, 30, 33, 63, 92-93, 95, 114, 127
 Leefstijl 14, 25-28, 30, 32, 42, 123, 128
 Levensverwachting 14, 17, 34-39, 41, 58, 93, 112
 Lichamelijke activiteit 78
 Longkanker 37, 93
- M**
 Meerjaren Ontwikkelings Programma 71, 80, 83, 114
 Middelenafhankelijkheid 33
 Migratie 30
 Milieu 57, 65, 72, 98, 118-119, 121
 MOP 71, 80, 83-84
 (zie ook Meerjaren Ontwikkelings Programma)
- N**
 Niet-natuurlijke doodsoorzaken 34, 37
- O**
 Omgevingsadressendichtheid 13, 30, 39, 112, 116
 Omgevingskenmerken 16, 50
 Onderwijs 14, 50, 57-58, 61-62, 76, 81-82, 88-89, 116
 Ongevallen 58, 120
- Openbare gezondheidszorg 5, 9, 24, 53, 56-57, 59, 72-73, 75-76, 101, 113
 Opleiding 26, 43, 86, 88, 93-94, 116
 Opleidingsniveau 13, 19, 21, 30-32, 43-45, 87
 Ouderen 36, 69, 76, 79, 82, 87, 94-95, 121, 125-126
- P**
 Preventie 14-16, 55-56, 59, 62, 64-65, 67, 73, 77, 80, 99-100, 113-114, 125, 127, 129
 Psychiatrische stoornissen 7, 9, 17-18, 32-33, 97
 Psychosociale factoren 49
- R**
 Roken 25-27, 29, 31, 42-44, 66-67, 78-79
 Rotterdam 25-26, 32-34, 42-43, 46-47, 67-68, 80, 88, 114-115, 119, 122-124, 129
 Ruimtelijke ordening 57, 61, 72, 91, 119, 121
- S**
 SEGV 55, 58, 60, 66, 68, 97
 (zie ook sociaal-economische gezondheidsverschillen)
- Selectieve migratie 30
 Sociaal-economische gezondheidsverschillen 5, 10, 17-18, 24, 28-29, 42, 49, 54-56, 58, 63, 85, 95, 97, 129
 Sociaal-economische status 9, 13, 17, 26, 28-29, 36, 42, 45, 47, 49, 51, 59, 92, 94, 97-98, 99, 128
 Sociale cohesie 47, 89
 Sociale omgeving 14, 17, 50, 53, 78-79, 81, 83, 98, 121, 125, 128
 Sociale pijler 60-62, 71-73, 80, 82-83, 99
 Stedelijkheid 7, 13, 18, 30-33, 38, 41, 112
 Stemmingsstoornissen 26, 33
 Sterfte 7-9, 11, 17-18, 24, 34-41, 46, 93, 117
 Suikerziekte 25, 27, 29, 94
- U**
 Utrecht 25-26, 28-29, 32-35, 42-43, 72, 88, 115, 120, 122, 129
- V**
 Veiligheid 26, 28-29, 50, 57, 60-62, 79, 82, 93, 118, 120, 125, 128-129
 Verslaafden 72, 78, 93, 95
 Verslavingszorg 27, 59, 82
 VIJNO 91-92, 103, 121
 VINEX 103, 121
 Voeding 14, 27, 50, 67, 78, 89, 124-125
 Volkshuisvesting 57, 61-62
- W**
 Welzijn 61-62, 65, 90, 98, 118, 120, 128-129
 Werkgelegenheid 57, 61-62, 88-90
 Werkloosheid 57, 60, 62, 88, 90, 92
 Werkloosheidspercentage 48
 Wijken 5, 9-11, 13, 17-20, 22-24, 27, 46-50, 55, 60-63, 65, 67, 70, 72-73, 77, 82, 84-86, 88-89, 93, 95, 97-101, 116, 118-121, 126, 129
 Woonomgeving 22-23, 28, 47, 59, 92, 118, 126
 Woonomstandigheden 49, 59
- Z**
 Zorg 5, 8, 10, 14-16, 53-54, 56-60, 62, 65, 72-73, 76, 81, 94-95, 97-101, 118, 120, 125-127, 129
 Zorggebruik 14, 16