

Hoofdstuk 7

Participatie van gezinnen in kansarmoede bij gezondheidsbevorderende interventies

Mathilde Matthijsse en Olaf Timmermans

Het project ‘Goes gezond samen in beweging’ is gericht op het stimuleren van participatie van kwetsbare gezinnen aan gezondheidsbevorderende projecten en activiteiten. De doelgroep betreft gezinnen met kwetsbare sociaaleconomische status met kinderen tot 15 jaar. Concreet wordt in het project ingezet op drie thema’s: gezonde voeding, meer bewegen en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en de ervaren gezondheid. De onderzoeksvraag bij dit project is ‘Wat zijn uitkomsten van actieve participatie van gezinnen met kansarmoede bij het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbevorderende interventies?’ Het onderzoeksdesign in dit project is gebaseerd op participatief actieonderzoek, met een mix van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelingstechnieken op verschillende tijdstippen. Via de principes van cocreationeel werken zijn onderzoeksresultaten gebruikt in input voor gesprekken met de bewoners. De resultaten duiden dat bewoners de gezondheid en gezondheidsbeleving van zichzelf en het eigen gezin over het algemeen zeer positief beoordelen. Die resultaten zijn gebruikt in bewonersbijeenkomsten waarin een aantal concrete activiteiten zijn benoemd, gekozen en opgestart, gericht op gezonde voeding, meer bewegen en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en de ervaren gezondheid.

»»» gezondheidsbevordering, *participatory action research*, gezinnen met kansarmoede, maatschappelijke participatie, burgerparticipatie

1 Inleiding

Optimale gezondheid bij mensen met kansarmoede en sociale uitsluiting is, zowel in Nederland als in andere landen van de Europese Unie, niet vanzelfsprekend (OECD/EU, 2016). Hoewel de algemene levensverwachting in de EU-lidstaten blijft toenemen, bestaan er in de afzonderlijke landen grote ongelijkheden in gezondheid en levensver-

wachting tussen mensen met een hoger opleidingsniveau en inkomen en mensen met een lager opleidingsniveau of inkomen en kansarmoede. Dat lijkt te komen doordat mensen met lagere inkomens en kansarmoede meer worden blootgesteld aan gezondheidsrisico's, in combinatie met geringe gezondheidsvaardigheden. Mensen met lagere inkomens en kansarmoede weten minder goed wat gezond is, bezitten minder tools om de eigen gezondheid te bevorderen en komen minder in aanraking met omgevingsfactoren die gezondheidsbevorderend gedrag uitlokken.

In Nederland is de afgelopen jaren een overheidsbeleid ingezet waarin de verantwoordelijkheid voor gezondheid gedecentraliseerd is naar lokale overheden. Als gevolg van die veranderingen in het sociaal domein zijn gemeenten aan zet om de ondersteuning van burgers beter toe te snijden op wat zij nodig hebben om uiteindelijk zo volwaardig mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij. Dat betekent dat gemeenten gerichte interventies inzetten op preventie, risicofactoren vroegtijdig aanpakken en beschermende factoren versterken. Kernbegrippen daarbij zijn vroeger signalering, het versterken van eigen kracht van sociale netwerken, inzetten op eigen verantwoordelijkheid van burgers en uitgaan van maatschappelijke en burgerparticipatie.

Die decentralisatie vraagt een kanteling in denken en werken bij professionals en burgers. Bij professionals gaat het vooral om het afstappen van het zogenaamde *best will* denken, waarin professionals aangeven wat goed is voor de ander (Van Bergen, 2010), naar het daadwerkelijk luisteren naar en aansluiten bij de leefwereld van mensen met kansarmoede en uitgaan van wat zij belangrijk en haalbaar achten. De kanteling bij professionals kan het best in samenwerking met en vanuit de praktijk tot stand komen. Bij burgers vraagt dat een switch naar actief handelen en opnemen van eigen verantwoordelijkheid. Burgers wordt gevraagd om in beweging te komen, zowel letterlijk als figuurlijk. Om dat te verwezenlijken, wordt vooral ingezet op interventies die gecreëerd zijn samen met en uitgevoerd worden in het directe netwerk van de burger. Maar, hoe dat te verwezenlijken en wat de effecten van die strategie zijn, is nog niet duidelijk. Daarom staat in dit hoofdstuk de volgende vraag centraal: 'Wat zijn uitkomsten van actieve participatie van gezinnen met kansarmoede bij het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbevorderende interventies?'

2 Het project 'Goes gezond samen in beweging'

In Nederland is in de gemeente Goes – met als deelnemers de gemeente zelf, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zeeland, de Stichting maatschappelijk werk Oosterschelderegio (SMWO) en de Hogeschool Zeeland – een project opgestart voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij gezinnen met kansarmoede. Het doel van het project 'Goes gezond samen in beweging' is gezinnen met kinderen jonger dan 16 jaar en een hoge mate van kansarmoede te bewegen naar een gezonde leefstijl en zodoende preventie naar gezondheidsrisico's te vergroten.

Dit hoofdstuk beschrijft de voortgang van het project in twee wijken in Goes. Die twee wijken zijn geselecteerd omdat bewoners een aantal gezamenlijke karakteristieken tonen op het vlak van kansarmoede en kwetsbaarheid, zoals: een lage sociaaleconomische status (SES), een lage mate van gezondheidsvaardigheden, een verhoogd risico op ongezond gedrag (roken, overmatig alcoholgebruik), overgewicht en hoge prevalentie van depressie en psychosociale problematiek. De methode is gericht op participatie en cocreatie. Aan de start van het project zijn daartoe een aantal uitgangspunten geformuleerd. Het eerste uitgangspunt was het vertrekken van een positieve benadering en daardoor mensen motiveren op kansen in plaats van belemmeringen. Een tweede uitgangspunt was dat er geen etikettering plaatsvindt: mensen worden niet vooraf al in een hokje geplaatst. Een derde uitgangspunt was dat draagvlak wordt verkregen door aan te sluiten bij de beleving en voorstellen van de bewoners zelf. Interventies worden niet voor, maar samen met bewoners opgesteld via het proces van cocreatie. Een vierde uitgangspunt was het inzetten op, en versterken van, de rol van de directe netwerken van bewoners. Het vijfde uitgangspunt was dat op te stellen interventies een focus hebben op beschermende factoren en gezondheidsrisico's.

Het project 'Goes gezond samen in beweging' kent een looptijd van 2016 tot 2019. In het project wordt uitgegaan van een brede, positieve benadering van gezondheid. Gezondheid wordt niet beschouwd als de aan-of afwezigheid van ziekte, maar als een continuüm van welbevinden, opgebouwd vanuit verschillende dimensies, waarbij het vermogen van mensen om die dimensies te reguleren centraal staat (Huber, Knottnerus, Green, van der Horst e.a., 2011; Antonovsky, 1996). Dimensies die de gezondheid beïnvloeden, zijn gekozen leefstijlen met betrekking tot voeding en bewegen. Maar ook dimensies zoals financiën, het evenwicht stress-ontspanning, slaap, het hebben van een betekenisvol sociaal netwerk en zingeving. Mensen zijn in staat om effectief weerstand te bieden aan tegenslagen en, als het hen overkomt, ook aan ziekten (Mittelmark & Bull, 2013). Wat gezonde mensen gemeen hebben, is het effectief weerstand kunnen bieden aan obstakels in het leven én het gevoel van samenhang, wat betekent dat mensen die zichzelf als gezond beschouwen, het vermogen en de capaciteit hebben om de middelen uit hun interne en externe omgeving te gebruiken om hun gezondheid te behouden en te ontwikkelen (Antonovsky, 1996). Vanuit dat perspectief is gezondheid niet alleen iets van de medische sector, maar van de burger zelf. Daardoor is gezondheid dus niet iets voor huisartsen of ziekenhuizen alleen, maar is 'daar waar de burger verblijft' (thuis, wijk, werk, enzovoort) een belangrijke plek om gezondheid te bevorderen (WHO, 2010a).

Het project omvat drie fases, met in iedere fase een aantal onderzoeksactiviteiten. De eerste fase omvatte het in kaart brengen van de karakteristieken van de twee wijken aan de hand van bestaande data en het verkrijgen van inzicht in de gezondheid van de bewoners in de twee wijken. Voor het in kaart brengen van de karakteristieken per wijk, zijn allereerst bestaande data afkomstig van de Zeelandscan¹ gebruikt. Daarna voerden studenten van HZ University of Applied Sciences in deze fase een verkennend kwalitatief onderzoek uit naar gezondheid en levensstijl. Respondenten voor dat onderzoek zijn afkomstig uit het bestand 'Welzijnswerk': dat zijn jonge gezinnen, die zich op

basis van een vraag naar medewerking via een vertrouwde welzijnswerker vrijwillig aangemeld hebben voor het onderzoek. Ten slotte is in deze fase voor het verkrijgen van inzicht in de gezondheid gebruikgemaakt van een (schriftelijke) vragenlijst. Respondenten daarvoor zijn verkregen door in de twee wijken de postcodes te selecteren waar gezinnen met een lage SES verblijven (op basis van het gemeentebestand) en hen persoonlijk te benaderen. De vragenlijst bestond uit veertien persoonskenmerken en 33 vragen over gezondheid, leefstijl en omgeving, gebaseerd op de negen dimensies van een gezonde regio: gezond gedrag, balans, bewegen, slapen, sociaal, zingeving, financieel, gezonde voeding, en wonen en samenleven.

Het meten van die negen dimensies is gebaseerd op een grondige studie van gezondheidsliteratuur, eerdere studies van de onderzoeksgroep en discussie tussen de auteurs. In de positieve benadering van gezondheid van Huber e.a. (2015) worden zes dimensies gebruikt om gezondheid aan te duiden. Die zes dimensies zijn: lichaamsfuncties, mentale functies en perceptie, spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociale en maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Het beleid 'Gezondheid 2020' bepleit daarnaast het belang van omgevingsfactoren bij het bepalen van de gezondheid (WHO, 2010a). Het combineren van de zes dimensies van positieve gezondheids- en omgevingsfactoren levert negen dimensies op die van invloed zijn op de gezondheid.

De lichaamsfuncties van Huber e.a. (2015) worden in drie dimensies vertaald, waarbij rekening wordt gehouden met fysieke aspecten die van invloed zijn op de gezondheid: voeding, lichaamsbeweging en slaap. De items in de dimensie voeding zijn gebaseerd op de Nederlandse voedingsrichtlijnen voor gezonde voedselinname, zoals aanbevolen door de Gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands, 2015). De items in de dimensie 'fysieke activiteit' zijn gebaseerd op de WHO-richtlijnen voor lichaamsbeweging, waarbij elke week minstens 150 minuten intensieve activiteit wordt aanbevolen en twee keer per week spierversterkende activiteiten worden uitgevoerd (WHO, 2010b). Met de dimensie 'slaap' wordt de slaapkwaliteit en slaaphoeveelheid van de respondenten beoordeeld (Hirshkowitz, Whiton, Albert, Alessi e.a., 2015; Ohayon, Wickwire, Hirshkowitz, Albert e.a., 2017). De perceptie van mentaal functioneren wordt gemeten met de dimensie 'balans'. Die dimensie bevat items die de mate van stress meten die mensen de afgelopen vier weken hebben ervaren (CPH-NEW, 2014). In de dimensie 'gezond gedrag' wordt respondenten gevraagd of ze de intentie hebben om gezond te leven. De items in die dimensie zijn geïnspireerd op items uit de energie- en prestatieschaal (Hendriksen, Snoijer, De Kok, Van Vilsteren e.a., 2016).

Verder bevat de vragenlijst een sociale dimensie en een dimensie die oog heeft voor het doel in het leven. Die dimensies komen overeen met de sociale en maatschappelijke participatiedimensie en de spirituele/existentiële dimensie van Huber e.a. (2015). De sociale dimensie meet de perceptie van het hebben van een betekenisvol sociaal netwerk. In de dimensie 'zingeving' wordt respondenten gevraagd of ze hun leven als betekenisvol ervaren en of ze een doel in het leven hebben. De items voor 'doel in het leven' zijn geïnspireerd op de Spiritual Attitude and Involvement List (De Jager Meezenbroek, Garssen, Van den Berg, Tuytel e.a., 2008).

De dimensie 'financiële middelen' is een operationalisering van de dimensie 'dagelijks functioneren' van Huber e.a. (2015) en is gebaseerd op onderzoek naar de relatie tussen financiële situatie en gezondheid (Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap e.a., 2008). In die dimensie wordt respondenten gevraagd of ze over voldoende financiële middelen beschikken. De laatste dimensie, wonen en samenleven, is een milieudimensie volgens het beleid van Gezondheid 2020 (WHO, 2013). Het bevat items over de onderlinge verbondenheid in de wijk, sociale veiligheid en de eigen bijdrage van de respondenten aan de buurt waarin ze wonen.

De items in elke dimensie zijn gebaseerd op (inter)nationale richtlijnen, literatuurstudie en expertise van de auteurs (Huber e.a., 2015; Ohayon e.a., 2017; Mackenbach e.a., 2008). Bovendien zijn items van bestaande instrumenten die de gezondheid meten gebruikt als een bron van inspiratie bij het formuleren van de items in de negen dimensies (Hendriksen e.a., 2016; CPH-NEW, 2014; De Jager Meezenbroek e.a., 2008).

De tweede fase betrof het opzetten van gezondheidsbevorderende interventies. Tijdens bewonersbijeenkomsten werden de resultaten uit de eerste fase aan bewoners voorgelegd en vervolgens werden in een proces van cocreatie interventies opgesteld op die gebieden van gezondheid die bewoners zelf belangrijk achtten. In de derde fase werden die interventies uitgevoerd en gemonitord. De onderzoeksmethode die is gebruikt binnen die fases is gebaseerd op Participatory Action Research (PAR). Dat is een hermeneutische onderzoeksbenadering die zich richt op het begrip krijgen voor het verhaal van de ander, waardoor de belevingswereld van de doelgroep centraal komt te staan en niet het onderzoeksdesign of -instrument.

De methode PAR is de laatste jaren gegroeid in populariteit, vooral als tegenhanger van de positivistische benadering die vaak niet in staat is de verandering teweeg te brengen die wel gewenst is door beleidsmedewerkers. PAR wordt traditioneel veel ingezet in ontwikkelingslanden om betrokkenheid bij gezondheidsbevorderende interventies bij arme en gemarginaliseerde groepen te evalueren, maar is ook met succes ingezet in het evalueren van gezondheidsbevorderende interventies op wijkniveau. Binnen deze benadering worden alle belanghebbenden van de interventie in het proces van kennisontwikkeling en/of evaluatie betrokken. De kracht van onderzoeksontwerpen door middel van de PAR-methode is dat ze bijdragen aan empowerment en sociale verandering. Zo bekeken is PAR dus een gezondheidsbevorderende aanpak in zichzelf (Springett, 2001; MacDonald, 2012; Reason & Bradbury, 2001).

**'Participatory Action Research'
draagt bij aan empowerment
en sociale verandering.**

In haar puurste vorm wordt in de PAR-methode de doelgroep betrokken in het hele proces, te beginnen bij het identificeren van het vraagstuk, dan het ontwikkelen en/of kiezen van de methoden en instrumenten die gebruikt worden voor de evaluatie, het verzamelen van kennis en ten slotte het terugkoppelen van de data aan elkaar en aan beleidsmakers en/of subsidieverstrekkingen. Door middel van de PAR-methode ontstaat

de mogelijkheid om de opzet en uitvoering van het onderzoek continu aan te passen aan de context van een lopend project. PAR is daardoor een duurzame methode, met de focus op het leren van ervaringen door de gezamenlijke interpretatie van onderzoeksdata. Het reflectieproces is daarbij van groot belang, want dat leidt tot daadwerkelijke verandering in handelen bij de welzijnswerkers die de interventies aanbieden, de beleidsmakers en de doelgroep, vaak inwoners van de community. PAR is een vorm van leren door het systematisch verzamelen van data en informatie die toewerkt naar actie en innovatie. Het leren door organisaties staat centraal: in dit geval wil de gemeente Goes leren hoe ze mensen met kansarmoede en kwetsbaarheid het best kan bereiken en kan bewegen tot het maken van gezondere keuzes. Door de PAR-methode toe te passen in het project verwacht de gemeente Goes de gebruikers en uitvoerders van het programma meer te betrekken in het opzetten en uitvoeren van de interventies, waardoor ze meer reflecteren op de processen en hun handelen kunnen blijven verbeteren (Springett, 2001).

In 'Goes gezond samen in beweging' zijn de eerste stappen van het proces nadrukkelijk gezet door de beleidsmakers, in samenwerking met onderzoekers, welzijnswerkers en medewerkers van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Het instrument, dat tijdens de eerste fase was uitgezet, werd ontwikkeld met veel zorg en met input van veel verschillende professionals en bewonersgroepen. Dat betekende een startpunt voor het project en het is gebruikt als input voor de verzameling van verdere gegevens tijdens een bewonersbijeenkomst via de PAR-methode. Daarnaast waren stakeholders betrokken in de projectstructuur en werd er een groep coördinatoren gevormd die de deadlines in de gaten hield en de formele verantwoording aan de subsidiegever voor zijn rekening nam. Regelmatig kregen zij updates, input en feedback van de welzijnswerkers om het proces in de gaten te houden.

In de uitvoering van de PAR-methode werden de resultaten van deelonderzoeken meerdere keren gedeeld met de inwoners. Tijdens die bijeenkomsten is ook de mening van de inwoners gevraagd en hebben zij aangegeven waar hun grootste zorgen lagen op het gebied van gezondheid. Samen met de inwoners is vervolgens een fictief budget verdeeld over verschillende aandachtsgebieden die gerelateerd zijn aan gezondheid. Daarop zijn samen met de aanwezige inwoners nieuwe interventies ontwikkeld en uitgevoerd. Vaak werd daarbij ook een workshop gegeven, toegespitst op de behoeften van en op initiatief van de bewoners. Samen met de inwoners en de welzijnswerkers werd tijdens die interventies voortdurend informatie verzameld (tabel 1) en met een kleine groep bewoners in elke wijk werd besproken waarom, hoe, wanneer en waar de volgende interventie zou plaatsvinden en wie daarbij betrokken zou zijn. Met name werd de bewoners ook gevraagd naar tips om het bereik van de interventie te vergroten. De bewoners die betrokken zijn bij de organisatie kregen niet alleen kennis en een nieuw doel in hun leven (en dus een hogere kwaliteit van leven en verhoogd empowerment), maar werden ook beloond (bijvoorbeeld met een zwemactiviteit met de familie of een avondje bowlen).

Centraal bij PAR staat het creëren van kennis in de context van de praktijk, het ontwikkelen van lokale theorie en het opbouwen van capaciteit. De kennis die wordt gegenereerd, is gebaseerd op de belevingswereld van de deelnemers, en daarmee is er binnen de doelgroep meer begrip en zetten ze zich meer in voor de verandering (Springett, 2001).

Tabel 1. Vragen voor het doorlopend verzamelen van informatie en reacties.

- Naam interventie
- Op welke levensdomeinen is deze interventie van invloed?
- Wat is het doel van de interventie en hoe ben je tot dit doel gekomen?
- Wie is betrokken bij de ontwikkeling?
- Wie is betrokken bij de uitvoering?
- Wie is aanwezig bij de interventie/wie doet er aan de interventie mee?
- Wie heeft baat bij deze interventie? Op welke manier? Wat zijn de reacties van de aanwezigen?
- Hebben de aanwezigen nog ideeën of aanvullingen over hoe de interventie meer mensen kan bereiken of hoe de interventie het doel nog beter kan bereiken?
- Hebben de aanwezigen nog ideeën voor andere interventies waarvan zij denken dat daar ook behoefte aan is?

3 Resultaten

3.1 Resultaten fase 1

De eerste wijk betreft een wijk aan de noordkant van Goes met ongeveer 7.000 inwoners en 2.700 woningen (tabel 2). 29% van de inwoners leeft in een eenpersoonshuishouden. 20% is tussen de 0 en 15 jaar, 2% is ouder dan 80 jaar. Ongeveer driekwart van de inwoners (76%) ervaart een goede gezondheid. Maar, slechts iets meer dan de helft (51%) voldoet aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen. 21% van de inwoners geeft aan regelmatig alcohol te gebruiken. Ouders geven aan dat zij een lagere positieve houding hebben ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik. Driekwart van de inwoners is tevreden over de wijk als plek om te wonen en 70% is tevreden over de woonomgeving. 69% geeft aan dat er een positieve leefbaarheid in de wijk bestaat. 71% is tevreden over de mate van groen en paden in de wijk en 62% vindt dat er een voldoende mate van verkeersveiligheid bestaat. 70% vindt de wijk geschikt voor kinderen. Maar, slechts

27% van de inwoners heeft een algemeen veilig gevoel. 6% rapporteert geweld gericht op elkaar. 47% is tevreden over de bewolkingssamenstelling. De inwoners ervaren voor 86% hulpbereidheid van de burens en zijn voor 71% tevreden over de beschikbare voorzieningen. Ze ervaren weinig geluidsoverlast van industrie (17%). In de wijk bestaan een aantal risicofactoren. Zo heeft 8% van de inwoners een algemene bijstandsuitkering, is 7% arbeidsongeschikt en is 4% werkloos. 51% van de inwoners heeft geen lidmaatschap van een vereniging en 42% heeft een geïsoleerd of privacygericht sociaal netwerk. Van de inwoners voelt 23% zich eenzaam en depressief of verdrietig.

Uit de kwalitatieve verkenning (n=24) blijkt dat in deze wijk de ondervraagde bewoners weinig ongezond gedrag vertonen. Alcohol wordt heel weinig gedronken omdat men er geen behoefte aan heeft of vanwege zwangerschap of geloofsovertuiging. Ook roken komt weinig voor, ook omdat er geen behoefte toe is of vanwege een allergie of de geloofsovertuiging. Roken wordt bij de geïnterviewde populatie sowieso niet in huis gedaan. Wat voeding betreft, vinden de bewoners dat ze best gezond eten. Al worden er wel vaak lekkere hapjes gegeten, maar dat zijn ook gezonde hapjes en fruit. Soms eet een geïnterviewde een boterham met pindakaas voor het slapen, verder wordt er veel fruit en groente gegeten. Ook wordt er in de wijk volgens de meerderheid van de respondenten redelijk veel bewogen, bijvoorbeeld door in de sportschool te gaan sporten, maar ook door fietsen of hardlopen. Een van de respondenten gaf aan momenteel minder te bewegen omdat zij vanwege gezondheidsproblemen op dat moment op krukken liep en een operatie moest afwachten.

Een positieve factor in de wijk is de aanwezigheid van SMWO. Daar krijgen veel bewoners hulp als zij problemen of vragen hebben. SMWO organiseert ook activiteiten, zoals een naailes, fietslessen of taalles en coördineert de buurtpreventie. Verder is er een jongerenclub en een opvang voor jongeren. Dat bevordert ook de sociale contacten in de wijk. Maar, de meerderheid van de geïnterviewden rapporteert vervelende ervaringen in de wijk. Er zijn verhalen en geruchten over inbraak en over vluchtelingen en ervaringen met overvallen, die allen leiden tot gevoelens van angst en onveiligheid. Ook werkloosheid en een burn-out hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Wat in deze wel positief is, is dat de politie of de wijkagent een goed overzicht houdt in de wijk.

Tabel 2. Kenmerken van de geïnccludeerde wijken.

	Wijk 1	Wijk 2
Aantal inwoners	7.000	3.000
Aantal woningen	2.700	1.400
Eenpersoonshuishouden	29	48
Leeftijd 0-15 jaar	20	24
Leeftijd 16-25 jaar	14	12
Leeftijd 26-40 jaar	20	22
Leeftijd 41-60 jaar	23	21
Leeftijd 61-80 jaar	21	17
Leeftijd >80 jaar	2	4
Perceptie eigen gezondheid goed	76	84

	Wijk 1	Wijk 2
Voldoet aan Nederlandse norm voor gezond bewegen	51	53
Regelmatig alcoholgebruik	21	45
Tevreden over de wijk als plek om te wonen	74	69
Tevreden over de woonomgeving	70	70
Tevreden over de mate van groen en paden in de wijk	71	65
Voldoende mate van verkeersveiligheid	62	70
Een algemeen veilig gevoel	27	38
Betrokken bij geweld gericht op elkaar	6	0
Tevreden over de bewolkingssamenstelling	47	56
Ervaren hulpbereidheid van de burens	86	90
Tevreden over de beschikbare voorzieningen	71	67
Geluidsoverlast van industrie	17	18
Algemene bijstandsuitkering	8	5
Arbeidsongeschikt	7	13
Werkloos	4	3
Lidmaatschap van een vereniging	49	58
Een geïsoleerd of privacygericht sociaal netwerk	42	24
Gevoel van eenzaamheid, neerslachtigheid of verdriet	23	15

De tweede wijk ligt in het westen van Goes en er wonen ongeveer 3.000 mensen. 48% van de inwoners woont in een eenpersoonshuishouden, 16% is tussen de 0 en 15 jaar en 4% is ouder dan 80 jaar (tabel 2). De inwoners van wijk 2 ervaren voor 84% een goede gezondheid, iets meer dan de helft van de inwoners (53%) voldoet aan de Nederlandse norm gezond bewegen. In de wijk wordt er relatief veel alcohol gedronken door jongeren. 8% van de jongeren geeft daarbij aan meer dan vijftien glazen per maand te consumeren. Dat is significant meer dan in de andere wijken. Ook is er een hogere mate van verkrijgbaarheid van drugs in de wijk. In deze wijk wordt het meeste softdrugs gebruikt onder jongeren: 2% heeft aangegeven meer dan tien keer per maand softdrugs te consumeren.

Van de inwoners uit wijk 2 ervaart 70% tevredenheid over de woonomgeving, 56% is tevreden over de kern als woonplaats en 67% is tevreden over de voorzieningen. Ook is ruim driekwart (69%) van de inwoners tevreden over de plek om te wonen en 56% is tevreden over de bevolkingssamenstelling. 18% van inwoners rapporteert geluidsoverlast vanuit de industrie. 65% vindt dat er voldoende groen en paden is en 70% ervaart een goede verkeersveiligheid. 67% vindt de wijk geschikt voor kinderen. Van de inwoners van wijk 2 ervaart 38% een gevoel van veiligheid in het algemeen. 58% heeft een lidmaatschap van een vereniging. Van de inwoners ervaart 90% hulpbereidheid van burens. 24% rapporteert een geïsoleerd sociaal netwerk, waarbij 16% zich soms tot altijd eenzaam voelt. Van de inwoners in wijk 2 ervaart 15% het gevoel nergens goed voor te zijn. In de wijk zijn een aantal risicofactoren aanwezig: 5% van de inwoners heeft een algemene bijstandsuitkering, 13% is arbeidsongeschikt en 3% is werkloos.

Uit de kwalitatieve verkenning (n=24) blijkt dat de leefbaarheid van deze wijk als hoog wordt beschouwd. De wijk ligt centraal, met stad, winkels en het station dichtbij. Er is veel groen, wat fijn is om te wandelen. Er is een ruilwinkel, die voor veel bewoners een positieve rol speelt in de wijk. Bewoners waarderen de veldjes waar kinderen kun-

nen spelen en er zijn leuke speeltuintjes. Er worden activiteiten georganiseerd voor kinderen, maar er zou meer mogen gebeuren. Er is ook een moskee in de buurt, wat een aantal van de respondenten fijn vindt. In de wijk is niet genoeg samenhang. Graag zien de bewoners meer activiteiten om de onderlinge contacten te bevorderen. Verder vinden de respondenten het jammer dat het spreekuur van de wijkagent is weggefallen. Ook missen ze een huisarts, een normale school (er is een school voor speciaal onderwijs) en vinden ze dat er wel leuke speeltuintjes zijn in de wijk, maar niet genoeg. De sociale contacten in de wijk zijn goed, de respondenten zeggen dat ze leuke, lieve burens hebben, waarbij ze regelmatig op bezoek gaan. Overlast wordt in deze wijk regelmatig ervaren. Een aantal respondenten ziet ook wel eens geweld op straat. Eén respondent vertelt dat er soms wel eens iemand in de wijk ineens schreeuwt in de straat. De werkloosheid in de wijk is hoog, één respondent meldt fraude met uitkeringen en is van mening dat de gemeente daar meer op mag controleren.

In totaal zijn de enquêtes ingevuld door 90 gezinnen, bestaande uit 334 personen, waarvan 151 ouders/verzorgers en 179 jongeren. De resultaten uit de vragenlijst duiden dat bewoners de gezondheid en gezondheidsbeleving van zichzelf en het eigen gezin over het algemeen zeer positief beoordelen. De bewoners scoren positief op de gezonde-regio-elementen 'gezond gedrag', 'bewegen', 'slapen', 'sociaal', 'zingeving' en 'gezonde voeding'. Minder positief beoordelen de bewoners de elementen 'balans' en 'financiën'. Bewoners die de eigen gezondheid als goed beoordelen, hebben ook vaak een gezond gewicht, doen betaald werk of gaan naar school. Verder valt de positieve werking van lidmaatschap bij een vereniging op: bewoners die lid zijn van een vereniging scoren hoger op de elementen 'gezond gedrag', 'bewegen', 'sociaal', 'voeding' en 'zingeving'.

Er zijn geen verschillen in scores tussen ouders en kinderen, behalve bij het element 'financieel'. Kinderen scoren daarbij iets lager dan ouders, wat verklaard kan worden doordat kinderen een mindere mate van financiële zelfstandigheid kennen. Mensen die de eigen gezondheid positief inschatten, scoren hoger op 'balans' en op 'gezond gedrag'. Diegenen die het eigen gewicht als gezond inschatten ($n=276$), scoren hoger op 'slapen'. Respondenten die hoger scoren op 'gezond gedrag', scoren iets, maar niet significant, hoger op het element 'financieel'. Bij een vergelijking tussen mensen die wel of niet werkloos zijn, valt op dat er significant verschillende scores zijn op de elementen 'balans', 'gezond gedrag', 'bewegen' en 'financieel'. Diegenen die werkloos zijn ($n=37$), scoren hoger op 'gezond gedrag' en 'bewegen', maar lager op de elementen 'balans' en 'financieel'. Mensen die lid zijn van een vereniging ($n=98$), scoren hoger op de elementen 'gezond gedrag', 'bewegen', 'sociaal', 'voeding' en er is een klein (niet significant) verschil op het element 'zingeving'.

In algemene zin kan men stellen dat de uitkomsten van de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling een positiever beeld tonen van de gezondheidssituatie en het wonen in de twee wijken dan op basis van de objectieve data uit de Zeelandscan herleid kon worden. Dat kan verklaard worden doordat de gezinnen die zich hebben aangemeld voor dataverzameling meer aandacht hebben voor gezond leven. Een andere verklaring

kan zijn dat de respondenten beperkte gezondheidsvaardigheden kennen en daarom de eigen gezondheid positiever inschatten dan op basis van objectieve metingen uitkomt. Ten slotte, zowel bij de kwantitatieve als kwalitatieve dataverzameling waren altijd medewerkers van maatschappelijk werk aanwezig. Dat kan ervoor gezorgd hebben dat antwoorden geladen werden door sociale wenselijkheid.

3.2 Resultaten fase 2

De resultaten uit de tweede fase zijn verkregen uit bewonersbijeenkomsten, waarbij eerst de resultaten uit de eerste fase aan bewoners zijn voorgelegd en waarna via het proces van cocreatie interventies zijn opgesteld op die gebieden van gezondheid die bewoners zelf belangrijk achtten en die via de PAR-methode werden gemonitord. Ook wethouders en medewerkers van de gemeente Goes waren bij de bewonersavonden aanwezig. Opvallend was dat de bewoners de aanwezigheid van wethouders en medewerkers van de gemeente niet in eerste instantie koppelden aan gezondheid. Eerst werden vooral aspecten van maatschappelijke aard en veiligheid aangedragen door de bewoners, pas in latere instantie kwamen behoeften en ideeën rondom gezondheidsbevordering naar boven.

De bewoners in wijk 1 gaven aan dat er een probleem is met de huizenvoorraad, vooral voor alleenstaande ouders en ouderen met een laag inkomen zijn er niet genoeg doorstroommogelijkheden. Bestaande huizen en flats zijn te duur voor sommige inwoners. De bewoners willen graag in hun eigen wijk blijven, in de buurt van familie en vrienden. Bewoners denken dat maatschappelijk werk oplossingen kan bieden voor mensen die momenteel in die situatie zitten. Een gesprek met de Regionale Woningbouw Stichting kan mogelijk uitkomst bieden. Verder is er misschien een mogelijkheid om leegstaande kantoren een nieuwe invulling te geven.

Een tweede punt was de verlichting bij de voetbalkooien in de wijk. Die is volgens de bewoners niet toereikend en dat wordt als eng en onveilig ervaren. Het uitschakelen van de verlichting bij de voetbalkooi is echter een bewuste keuze, om het gebruik ervan 's nachts onmogelijk te maken en op die manier geluidsoverlast voor de omwonenden te beperken. Misschien moet er naar een andere oplossing gezocht worden. Voor defecte verlichting bestaat een meldpunt, maar omdat dit niet bekend lijkt voor veel bewoners, moet daar meer bekendheid aan gegeven worden. Als het gaat om energiebesparing, dan is het goed om de lichten te vervangen door ledlampen, maar dat wordt al gedaan.

Een laatste, en voor dit project het meest belangrijke, punt dat naar voren kwam uit de bewonersbijeenkomst, is de nood aan een groter aanbod aan beweegactiviteiten. Momenteel vallen activiteiten soms samen met de Nederlandse les, waardoor niet iedereen mee kan doen. De bewoners willen ook beter gebruik maken van het zwembad, maar niet iedereen kan zwemmen of zelfstandig bij het zwembad geraken, bijvoorbeeld omdat men niet kan fietsen. Op het vormen van aparte groepen werd positief gerea-geerd (bijvoorbeeld activiteiten voor vrouwen of voor ouderen).

Uit de bewonersavond in wijk 2 kwam naar voren dat er veel behoefte bestaat om meer samenhang te creëren en elkaar beter te leren kennen. Bewoners noemden oplossingen zoals 's avonds meer activiteiten organiseren, ook voor nieuwe inwoners (uitstapjes, koken en eten, bingo, fietsen, wandelen, fitness, naailes). Een wijkinformatie What's App zou ook uitkomst kunnen bieden, maar die moet wel heel beperkt worden gehouden, anders is het niet meer effectief. Er moeten ook meer activiteiten komen voor kinderen tot 12 jaar (hutten bouwen, samen koken, knutselen, voetbal, ...) en voor 12- tot 18-jarigen (filmpjes, muziek, sporten, koken, inloop, ...). De bekendheid van al bestaande activiteiten moet verbeterd worden, maar er wordt op dit moment door het SMWO een boekje gemaakt met die informatie, dat binnenkort verspreid zal worden met de hulp van een aantal aanwezige bewoners. Door het organiseren van activiteiten voor verschillende leeftijdsgroepen hopen de bewoners dat jongeren niet meer rond de speelplaatsen verzamelen om te blowen en dan jongere kinderen die er willen spelen, wegsturen of bang maken. Ook willen ze meer positieve aandacht voor die groep, zodat ze alternatieven krijgen in hun eigen buurt en niet naar een andere wijk hoeven voor activiteiten.

3.3 Resultaten fase 3

Tijdens de bewonersavonden zijn een aantal concrete interventies opgesteld gericht op gezonde voeding (n=4), meer bewegen (n=4) en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en de ervaren gezondheid (n=2). Die interventies zijn opgestart in de derde

Er werden interventies opgesteld gericht op gezonde voeding, meer bewegen en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden.

fase van het project. De interventies op het gebied van gezonde voeding zijn divers. Zo omvatten ze bijeenkomsten om gezond eten klaar te maken en aan te bieden aan inwoners, met als doel gezinnen met een lage SES te werven voor het project, of gezonde barbecues

georganiseerd door ouders. In het proces hebben de ouders zelf een diëtiste gevraagd om mee te denken. De barbecue werd georganiseerd om met nog meer gezinnen die in dezelfde situatie zitten in aanraking te komen. Daarnaast was het doel om ouders bewust te maken dat een barbecue ook gezond kan zijn. Voor de organisatie daarvan hebben zij een tegenprestatie gehad. De ouders hebben zelf inkopen gedaan, al het benodigde materiaal geregeld, het eten klaargemaakt en bewoners geworven. Bewoners hebben bij de voedselbank flyers uitgedeeld om in contact te komen met de doelgroep. Enkele bewoners van de doelgroep hebben daarbij geholpen en hun verhaal gedeeld met de cliënten van de voedselbank. Samen met stichting 'het goede doel de Bevelanden' worden etentjes uit eigen tuin georganiseerd waarbij de gezinnen die meedoen verder betrokken worden in de andere interventies in het project.

Ook de interventies gericht op meer bewegen zijn uiteenlopend. Zo werden mogelijkheden tot zwemmen georganiseerd voor mensen die nooit in het zwembad kwamen (zwemles voor ouders en chronisch zieken). Ook werd zwemmen met ouders en kin-

deren georganiseerd, net zoals een bewegingsfestival in het sportcentrum van de gemeente. Ten slotte werd kind-ouderyoga opgezet.

De interventies met betrekking tot het verbeteren van de ervaren gezondheid omvatten ten eerste motiverende gespreksvoering tijdens bijeenkomsten om deelnemers te stimuleren de gezondheid van zichzelf en de kinderen te verbeteren. Daardoor nam een aantal ouders het besluit te participeren in de beweegactiviteiten. Een voorbeeld is de uiteindelijke stap naar het zwemmen met chronische zieken. Ten tweede zijn een aantal gezonde ontbijten georganiseerd, waarbij informatie werd verstrekt over een gezonde leefstijl, maar ook over financiën. Momenteel zijn de interventies in volle uitvoering en zijn ongeveer honderd gezinnen bestaande uit 120 ouders en 160 kinderen betrokken.

4 Conclusie

Het doel van het project 'Goes gezond samen in beweging' is gezinnen met een hoge mate van kansarmoede via actieve participatie te bewegen naar een gezonde leefstijl en zodoende de preventie naar gezondheidsrisico's te vergroten. In het monitoren van het project is daarbij specifiek gekeken naar uitkomsten van actieve participatie van gezinnen met kansarmoede bij het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsbevorderende interventies.

Ervaringen in dit project leren ons dat ook ouders in gezinnen met kansarmoede het beste voor hun kinderen willen en daar veel voor over hebben. Die motivatie biedt mogelijkheden om gezondheidsbevorderende interventies in de gezinnen op te zetten. Maar, veel van de gezinnen in de doelgroep van dit project kennen minder positieve ervaringen met representanten van organisaties met betrekking tot hulpverlening en gemeenten en lijken moeilijk te motiveren voor actieve participatie. Door de participatieve benadering vanuit de PAR-methode en het direct aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep, lijkt het dat het project er wel degelijk in slaagt om gezinnen met kansarmoede te bereiken en te betrekken.

Resultaten duiden dat in het begin het opbouwen van vertrouwen via persoonlijk contact belangrijk is. Bij sommige gezinnen is het nodig om een paar keer binnen te komen voor men gaat deelnemen aan interventies. Het verspreiden van voorlichting over het project via deelnemers zelf of bestaande voorzieningen in de wijk (*early adopters* in het project, opbouwwerkers in de wijk en aansluiten bij voedselbank of ruilwinkel) werkt. Voorlichting in grote groepen of via minder persoonlijke (sociale) media is weinig effectief. Gezien de omvang van de geïncludeerde wijken is de huidige omvang van gezinnen nog niet voldoende en zullen meer mensen

**Omdat de gezinnen zelf
mee interventies opzetten,
sluiten die beter aan bij
de eigen leefwereld.**

betrokken moeten worden. Omdat de gezinnen zelf mee interventies opzetten die te maken hebben met gezond leven, bewegen en/of voeding, sluiten die beter aan bij de eigen leefwereld, wat resulteert in hogere deelname. Op het moment van schrijven is fase 3 volop in uitvoering. Meerdere gezondheidsbevorderende interventies zijn gaande en steeds meer inwoners worden daarbij betrokken. Aan het eind van fase 3 volgt als afsluiting van dit project een procesevaluatie en effectmeting.

Noot

1. Zie www.zeelandscan.nl.