

7 Gezonde stadsgezichten

*'De eenzame positie van gezondheid als 'belangrijkste zaak in het leven' maakt gezondheid in de samenleving tot een van de weinige gemeenschappelijke en algemene interpretatiekaders die men nog ter beschikking heeft. Misschien niet als een alles overkoepelend zingevingssysteem, maar wel als een algemeen herkenbaar en door iedereen gedeeld en daarmee maatschappelijk verbindend betekenisstelsel.'*¹

7.1 Inleiding

Arme stadsbuurten zijn al decennia doelwit van stadsvernieuwings- of achterstandsbeleid. In de jaren negentig is daar een nieuwe ontwikkeling bij gekomen: gezondheidsbeleid. De laatste jaren is in de steden in Nederland en daarbuiten een kleurrijk palet van lokale gezondheidsinitiatieven ontstaan. Soms zijn het projecten die op specifieke groepen als migranten of ouderen gericht zijn, soms is de gerichtheid meer algemeen. Het kan gaan om een concrete dienstverlening zoals een 'gezondheidswijzer' in de buurt of om een samenwerkingsverband van maatschappelijke instellingen gericht op een bundeling van krachten. De ene keer is een project zichtbaar in de vorm van een pand in de wijk, de andere keer manifesteert een initiatief zich als gezonde recepten in de supermarkt in de buurt. Het ene project is een aanpak van vooral professionals, het andere project lijkt vooral op vrijwilligers te draaien. Er is sprake van een verscheidenheid van uiteenlopende initiatieven die met elkaar gemeen hebben dat er op lokaal of buurtniveau 'iets' rondom gezondheid gedaan wordt. Men hanteert een brede integrale en positieve visie op gezondheid ('gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte'), streeft naar samenwerking tussen uiteenlopende disciplines, betreft het politieke bestuur bij gezondheidsbevorderende activiteiten en neemt de mensen om wie het gaat als uitgangspunt van beleid. Participatie door de bevolking wordt belangrijk geacht. De initiatieven zijn vooral het werk van openbare gezondheidsdiensten en worden vaak geïnspireerd door het internationale *Healthy Cities Project*.

Deze studie heeft zulk lokaal gezondheidsbeleid onder de loep genomen. Doel van dit onderzoek was op de eerste plaats helderheid te verschaffen over de kenmerken van lokale gezondheidsprojecten in de steden. Op de tweede plaats moest de studie inzicht bieden in de problematiek die deze projecten trachten op te lossen. Ook wilde de studie laten zien welke de bedoelde en onbedoelde effecten van dit beleid zijn en tenslotte was het de bedoeling dat rekenschap wordt gegeven van zowel emanciperende als disciplinerende perspectieven van lokaal gezondheidsbeleid. Hiervoor is een theoretisch kader ontwikkeld. De studie is gebaseerd op de volgende probleemstelling: *Is er sprake van nieuw gezondheidsbeleid in de steden? Zo ja, welke zijn daarvan de kenmerken? Voor welk probleem poogt dit beleid*

¹ P. Schnabel op de conferentie *Waarde van Gezondheid*, Rotterdam 3-11-93.

een oplossing te leveren? In hoeverre worden de doelstellingen gerealiseerd? Wat zijn de onbedoelde effecten van dit beleid?

Deze probleemstelling is uiteen te leggen in een drietal clusters van onderzoeksvragen:

- 1) Wat is de concrete aanleiding van lokaal gezondheidsbeleid? Voor welk probleem poogt het een oplossing te geven?
- 2) Is de lokale benadering van gezondheidsbeleid in de steden een nieuw verschijnsel? Zo ja, in welk opzicht is er sprake van vernieuwing? Is deze aanpak te plaatsen in een bredere ontwikkeling? Is deze ontwikkeling internationaal of beperkt tot Nederland? Welke kenmerken heeft de lokale benadering van gezondheid. Hoe zijn de initiatieven te typeren?
- 3) Hoe zijn lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht te beschrijven in termen van de eigen doelstellingen en in termen van onbedoelde gevolgen? Leidt dit lokale gezondheidsbeleid tot disciplineren of tot emancipatie?

Om antwoord te kunnen geven op de eerste vraag is een literatuurstudie verricht naar het bestaan van sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen. Daarbij is vooral gekeken naar de wijze waarop deze verschillen zich voordoen in de grote steden. Voor de tweede vraag is het beleid op het gebied van de volksgezondheid zoals dat nu en in het verleden vorm heeft gekregen aan onderzoek onderworpen. Als voorbereiding voor de derde vraag heeft een theoretische reflectie plaats gevonden op sociaal-wetenschappelijke concepten die van belang zijn bij lokaal gezondheidsbeleid. Vervolgens is in het kader van deze deelvraag op lokatie een empirische voorstudie verricht naar lokale gezondheidsprojecten zoals die te vinden zijn in een aantal steden in de Verenigde Staten, Canada en Nederland en tenslotte is een specifieke studie gemaakt van het recente lokale gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland. Hieronder komen deze vragen achtereenvolgens aan de orde. Paragraaf 7.2 behandelt de ongelijkheid in gezondheid. In paragraaf 7.3 komt het gezondheidsbeleid van deze en de vorige eeuw aan de orde en worden vergelijkingen gemaakt. De resultaten van de voorstudie en van het onderzoek naar recent gezondheidsbeleid in de vier grote steden in Nederland zijn onderwerp van paragraaf 7.4. In de paragrafen 7.5 en 7.6 tenslotte wordt de balans opgemaakt. Wat zijn de grenzen van lokaal gezondheidsbeleid, wat is desondanks het belang ervan en onder welke voorwaarden kan het beleid effectiever worden?

7.2 Ongelijkheid voor ziekte en dood

Een kwestie die een belangrijke achtergrond vormt voor deze lokale benadering van gezondheid is een aspect van sociale ongelijkheid, namelijk de ongelijkheid voor de dood. Het gaat om sociaal-economisch gerelateerde verschillen in gezondheid. Er valt in Nederland en elders een gestage afname van gezondheidsverschillen te constateren vanaf de vorige eeuw tot in de jaren vijftig van deze eeuw. Sinds de jaren zeventig nemen de verschillen in gezondheid echter weer toe. Opvallend is dat de bloei van de welvaartsstaat ook de terugkeer van sterfte en ziekte door armoede betekende. Wat betreft de verklaringen van deze gezondheidsverschil-

len blijkt er een sterke samenhang tussen gemiddelde gezondheid aan de ene kant en opleiding, beroep en inkomen aan de andere kant. Er kunnen twee verklaringsrichtingen worden onderscheiden: die van de intermediaire factoren (sociale omstandigheden als producenten van gezondheidsverschillen) en de selectie-verklaring (gezondheid als producent van sociale ongelijkheid). Beide verklaringsrichtingen dragen bij aan de verklaring van gezondheidsverschillen en het voorstel is dan ook beide richtingen te integreren. Uit onderzoek in de vier grote steden in Nederland, Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, blijkt dat steden niet alleen ongezonder zijn om in te leven dan daarbuiten, maar dat vooral *binnen* de steden hardnekkige gezondheidsverschillen tussen stadsbuurten bestaan. In sociaal-economische zwakkere buurten sterven mensen gemiddeld enkele jaren eerder, hebben ze meer last van ziektes en beperkingen, worden meer mensen in ziekenhuizen opgenomen en zijn ze vaker arbeidsongeschikt. De verklaring hiervoor wordt deels gezocht in selectieve migratie: de meer koopkrachtige en gezonde mensen vertrekken naar de betere wijken. Voor een ander deel kan een grotere blootstelling aan gezondheidsrisico's of ongezond gedrag van bewoners van wijken met een hogere sterfte een rol spelen. Gezondheidsachterstand verschijnt als een extra element in de al bekende probleemcumulatie in achterstandswijken in de grote steden.

7.3 Continuïteit en verandering

Terugblikkend op de historie van gezondheid en ziekte blijkt de vorige eeuw een belangrijke periode te zijn geweest. De leefomstandigheden en de gezondheid in de steden verslechterde in de loop van de negentiende eeuw sterk. De steden konden de grote toeloop van nieuw volk niet aan. De uitbarstingen van de cholera fungeerden destijds als een brandpunt: de steden werden te gevaarlijk om in te wonen en er moest actie worden ondernomen. Er bestonden twee theorieën over de oorzaken van de cholera: de miasma theorie (kwalijke dampen uit vuil als oorzaak voor ziekte) en de contagio benadering (overdraagbare onzichtbaar kleine beestjes). De miasma-theorie was favoriet. Geloven in onzichtbare wezentjes werd als middeleeuws gezien. De 'Hygiënist', een groep kritische en maatschappelijk georiënteerde artsen, speelden een belangrijke rol in de aanpak van de problemen op basis van de miasma theorie. Gezondheid zagen zij in samenhang met het menselijk leefmilieu. Gebrek aan licht en lucht, opeenhopingen van vocht en vuil werden gezien als gezondheidsbedreigende omstandigheden. De hygiënisten maakten 'geneeskundige plaatsbeschrijvingen' en gebruikten de nieuwe techniek van de statistiek om verbanden tussen gezondheid en armoede te laten zien. Herhaaldelijk toonden ze aan hoe de omstandigheden invloed hadden op de gezondheid en hoe door het uitblijven van maatregelen in de ene gemeente de gezondheid verslechterde ten opzichte van plaatsen waar wél een actief gezondheidsbeleid gevoerd werd. Dergelijk onderzoek vond ook in andere Europese landen en de Verenigde Staten plaats. Ondanks barrières bij het lokaal bestuur ten aanzien van gezondheidsbeleid werd er in relatief korte tijd veel bereikt. Vooral de aanleg van riolering en drinkwaterleidingen doorbrak de besmettingscyclus van de cholera en stopte de epidemieën.

De ontdekking, aan het einde van de negentiende eeuw, van het bestaan van bacillen betekende uiteindelijk de overwinning van de contagio-theorie. Door onder andere deze ontdekking kwamen er vanaf het einde van de negentiende eeuw meer mogelijkheden voor een directe aanval op ziekten en restte er minder noodzaak voor preventief beleid. In de twintigste eeuw vindt er een sterke opkomst plaats van de succesvolle medische technologie, ten koste van investeringen in (lokaal) gezondheidsbeleid. De gezondheidszorg wordt een van de omvangrijkste posten op de nationale begrotingen van Westerse landen.

De huidige tijd toont echter de grenzen aan dit medisch ingrijpen. Oorzaken zijn onder andere de genoemde toename van ongelijkheid in gezondheid, verschuivingen rond het begrip gezondheid, verschuivingen in ziektepatronen, de toenemende kosten van de gezondheidszorg en een veranderende positie van de arts en de gezondheidszorg. Er ontstaat nu opnieuw aandacht voor preventie en basisgezondheidszorg, waarbij meer nadruk ligt op bevordering van gezondheid en minder op bestrijding van ziekten. Een belangrijk referentiepunt is de strategie *Health for All by the year 2000* van de Wereldgezondheidsorganisatie. In Nederland is een uitvloeisel hiervan het beleid zoals verwoord in de *Nota 2000*. Het *Healthy Cities Project* is een poging tot concrete invulling van *Health for all*, door het lokale niveau, de steden, als aangrijpingspunt te nemen. Het blijkt dat de aanpak van het Healthy Cities Project veel lijkt op die van de Hygiënisten. De nadruk ligt op het lokale en er is aandacht voor samenwerking en voor het bestuur. Het uiteindelijke doel is de bevordering van gezondheid. Er zijn daarnaast vijf strategieën of werkprincipes die gevolgd worden. Dat zijn het streven naar participatie door de bevolking, de nadruk op samenwerking met sectoren buiten de gezondheidszorg, de wens het politieke bestuur bij het beleid te betrekken, het uitgangspunt dat feitelijke gegevens basis van beleid moeten zijn en de gehanteerde lokale aanpak. Mondiaal, en ook in Nederland, zijn er vanaf het einde van de jaren tachtig een groot aantal lokale gezondheidsinitiatieven van de grond gekomen die werken met deze principes.

In de geschiedenis van de stedelijke volksgezondheid is dus een golfbeweging zichtbaar. Lag in de negentiende eeuw het accent op openbare hygiëne en ziekte-preventie, vanaf het einde van de eeuw kwam de nadruk op de bestrijding van de ziekten zelf te liggen. Het perspectief verschoof van de stad en het verband tussen volksgezondheid en leefmilieu naar de arts en zijn patiënt. Het was daarmee niet alleen een verschuiving van hygiëne naar zorg, maar ook van het collectieve lokale niveau naar het individuele. Dat was nieuw en revolutionair. Nog nooit eerder werd in zo'n korte tijd de ene na de andere ziekte getransformeerd van een dodelijke dreiging tot een behandelbare kwaal. Maar in de laatste decennia van de twintigste eeuw komen de leefomgeving en de stedeling opnieuw in het blikveld. De gezondheidszorg ondervindt financiële, technische en morele grenzen. Preventie en gezondheidsbevordering lijken daarop een antwoord. De 'public health' benadering is daarmee weer terug van weg geweest en wint aan belang. Een verschil met de negentiende eeuw is dat de burger niet meer enkel het *object* van preventief en gezondheidsbevorderend beleid is, maar ook geacht wordt als *subject* daarin zelf een rol te spelen. Is dat een fundamentele verandering vergeleken bij de campagnes van de hygiënisten in de vorige eeuw? Voor een deel is dit zeker het geval omdat de nadruk op participatie van burgers expliciet in nagenoeg alle projecten en beleidsvoorstellen als kenmerk of doel genoemd wordt. Voor een ander deel

niet, omdat het een appel is dat nog weinig weerklank vindt. Participatie in lokaal gezondheidsbeleid in stadsbuurten is de kinderschoenen zeker niet ontgroeid. Het is niet te vergelijken met buurtbewegingen rond de stadsvernieuwing in de jaren zeventig of met de vredes- en milieubeweging uit latere jaren, waarbij grote groepen mensen betrokken raakten. Het internationale Healthy Cities project is, als typerend voorbeeld van lokaal gezondheidsbeleid, echter vooralsnog een beweging van vooral professionals uit de gezondheids- en welzijnssector. Bovendien is de nadruk op de eigen rol van 'gewone' mensen als het gaat om gezonde leefwijzen zeker niet nieuw. Ook de hygiënisten legden bijvoorbeeld bij de voorlichting over de zuigelingenverzorging veel nadruk op het belang van gedragsverandering. Wel nieuw is het streven mensen te betrekken bij het beleid zelf: bij de opzet, uitvoering en evaluatie van lokale gezondheidsprojecten. Daarmee worden nu — zij het nog schaars — de eerste ervaringen opgedaan.

Er is een ander verschil met vroeger. In de loop van de negentiende eeuw ontwikkelde zich de blik van gezondheidskundige interventies die tot doel hadden *het gevaarlijke mengsel van armoede, onbeschaafde levenswijze en ziekte beheersbaar te maken*' (Houwaart 1991a:308), tot een beleid dat gericht was op volksgezondheid voor iedereen. Iedere burger heeft recht op een goede gezondheid. De hygiënisten voegden de gezondheid van de volksklassen en van de hogere standen samen tot één domein: de volksgezondheid. In de huidige tijd lijkt de aandacht weer meer uit te gaan naar de onderkant van de samenleving. Het gaat immers niet meer enkel om het verhogen van de al of niet gezonde levensverwachting, maar om het verkleinen van gezondheidsverschillen. Daarmee zijn in lokaal gezondheidsbeleid de groepen met de minst goede gezondheid weer expliciet onderwerp van interventie. Een verschil is weliswaar dat deze groepen ook als subject van beleid worden gezien, maar toch is het de vraag of er geen sprake is van een nieuw gezondheids- of beschavingsoffensief gericht op de armen.

Er is een sterke gelijkenis tussen de negentiende eeuwse medische plaatsbeschrijvingen van de hygiënisten en de huidige tendens om gezondheid in stadsbuurten in beeld te brengen. Het REBUS-project in Rotterdam bijvoorbeeld doet in de grond hetzelfde als de medische plaatsbeschrijvingen: het op stads- en buurniveau met elkaar in verband brengen van gegevens over aan de ene kant indicatoren van gezondheid (zoals gemiddelde sterfte en ziekte) en aan de andere de determinanten van gezondheid zoals de kwaliteit van de woonomgeving, leefwijzen, beroep, opleiding, inkomen en dergelijke. Maar er zijn ook verschillen. De medische plaatsbeschrijvingen in de negentiende eeuw stonden aan het begin van de ontwikkeling van de statistiek. De huidige technieken zijn veel verfijnder en beter in staat causale relaties te laten zien. Maar ook de registratie van zowel gezondheidsindicatoren als -determinanten stond nog in de kinderschoenen. Vooral de grote steden hebben nu in vergelijking met vroeger een keur van gegevensbestanden waaruit geput kan worden.²

² Overigens spreekt Van Gunsteren (1995) desondanks over *De Ongekende Samenleving*: door toenemende individualisering en het verval van oude waarden en vaste maatschappelijke patronen ten gunste van de hedendaagse pluriformiteit van waarden en patronen lijkt de huidige samenleving weer minder gekend te worden dan enkele decennia eerder.

In de vorige eeuw lieten de hygiënisten voor het eerst zien dat er verbanden waren tussen sterfte en ziekte aan de ene kant en hygiëne en de kwaliteit van het lokale bestuur aan de andere kant. De eerste publikaties over de hoge sterftcijfers van sommige steden (of provincies dan wel stadsbuurten) in vergelijking met andere hebben toen wellicht net zo'n beroering teweeg gebracht als de Vergelijkende Buurtonderzoeken in Amsterdam van de jaren tachtig van deze eeuw. De portee blijft dezelfde. Het laat zien dat er verbanden zijn tussen gezondheid, omstandigheden en bestuur. Één van de huidige drijfveren van de nieuwe aanpak van gezondheidsbeleid is dan ook het streven verschillen in gezondheid die geworteld zijn in verschillen in sociaal-economische status van groepen te verkleinen. Die verschillen zijn in Nederland groot te noemen. Het verschil in gemiddelde levensverwachting tussen de hoogste en laagste sociaal-economische groep bedraagt enkele jaren. Als gekeken wordt naar de *gezonde* levensverwachting (het aantal levensjaren zonder ernstige ziekte of beperking) zijn die verschillen nog groter: voor mannen bedraagt dat verschil tussen de hoogste en de laagste sociaal-economische groep waarschijnlijk zelfs twaalf jaar! (Programmacommissie 1994:7) Statistisch onderzoek naar gezondheid in stad en buurt laat evengoed als in de vorige eeuw zien dat er perspectieven — en dus ook verplichtingen — zijn voor lokaal bestuur en beleid.

In essentie zijn de problemen waar de voorvechters van een betere volksgezondheid bij het politieke bestuur in de vorige eeuw op stuitten nog dezelfde. Er is een ingewikkelde afbakening van verantwoordelijkheden tussen de landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden en overall heerst een chronisch tekort aan geld. Daarbij zijn bestuurders huiverig om maatregelen te treffen die raken aan de persoonlijke vrijheid of aan het vrije markt principe en is er een gebrek aan effectieve controle op eenmaal genomen maatregelen. Ook de milieubeweging heeft — lokaal, maar ook landelijk en mondiaal — met deze belemmeringen te maken.

Opvallend in vergelijking met de situatie in de vorige eeuw is de grote rol die ook nu onderzoek en onderzoekers spelen. In de grote steden in Nederland is vooral door de onderzoeksafdelingen van de openbare gezondheidsdiensten baanbrekend werk verricht. Opmerkelijk is dat de staf van die afdelingen niet alleen een rol heeft in het verrichten van empirisch onderzoek, maar ook een bijdrage levert aan experimenten om nieuwe manieren van gezondheidsbevordering en interventies te ontwikkelen. De samenwerking die in de vorige eeuw gezocht werd met ingenieurs, is door deze nieuwe hygiënisten vervangen door samenwerking met vooral professionals uit de 'zachte' welzijnssector.

Al met al is er voldoende aanleiding om de huidige verschijningsvorm van lokaal gezondheidsbeleid aan onderzoek te onderwerpen. Wat zijn de kenmerken van dit beleid? In hoeverre worden de doelstellingen gerealiseerd? Welke eventuele onbedoelde effecten heeft lokaal gezondheidsbeleid?

7.4 Gezonde steden onderzocht

Deze studie doet verslag van onderzoek dat in twee opeenvolgende fasen is gedaan naar lokaal gezondheidsbeleid. In eerste instantie is een breed verkennend onderzoek gedaan naar lokale gezondheidsprojecten in de Verenigde Staten, Canada en Nederland. Doel hiervan was niet alleen de concrete praktijk van dergelijke projecten in beeld te brengen, maar ook de gehanteerde doelen en strategieën te onderzoeken en te preciseren. De reden voor dit laatste is dat deze in de literatuur slechts in vage en algemene termen worden beschreven, zodat niet is vast te stellen of, en in welke mate, de projecten voldoen aan de eigen doelstellingen. Op grond van dit empirisch materiaal zijn de doelen en strategieën scherper geformuleerd. Met dit gedifferentieerde instrument in handen is in de tweede fase van deze studie een meer systematisch onderzoek verricht naar recente gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland: Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag. Op deze manier is het mogelijk en zinvol antwoord te geven op de vraag of de projecten beantwoorden aan de eigen doelstellingen. In dit onderzoek is daarnaast ook gekeken of deze projecten onbedoelde positieve dan wel negatieve effecten genereren.

Verenigde Staten, Canada en Nederland

Veel van de onderzochte projecten in de Verenigde Staten en Canada produceren — onder de paraplu van het uiteindelijke doel gezondheidsbevordering — een concrete dienst waaraan behoefte is gebleken en daaraan gekoppeld educatie en preventie. Het vaststellen van de resultaten is een probleem bij veel projecten. Verbetering van de gezondheid van de doelgroep is slechts op zeer lange termijn meetbaar. De meeste projecten zijn zich hiervan bewust. Maar een probleem is dat opdrachtgevers zoals fondsen of de lokale overheid wèl tastbare resultaten op afzienbare termijn willen zien. Projecten komen daaraan vaak tegemoet door de keuze van doelen die afgeleiden zijn van gezondheid. Bestrijding van ontoelaatbare gezondheidsverschillen wordt weinig expliciet in de doelstellingen van projecten genoemd, maar het speelt des meer een impliciete rol. Bijna alle projecten zijn immers gericht op sociaal-economische zwakkere groepen en juist deze groepen hebben een gemiddeld mindere gezondheid en worden met meer gezondheidsrisico's geconfronteerd. Vaak zijn dat etnische minderheden, bewoners van een achterstandsbuurt of juist de combinatie daarvan. Vaak wordt de versterking van de lokale gemeenschap (community) als een indirect doel van lokaal gezondheidsbeleid genomen. Een goed sociaal netwerk in een buurt wordt gezien als bevorderend voor de gezondheid. Een brede definitie van gezondheid is niet alleen een programma-tisch uitgangspunt van veel projecten, het geeft daarnaast ruimte om aan te sluiten bij wat mensen in hun omgeving belangrijk vinden, ook al heeft dat vanuit het project gezien niet direct met gezondheid te maken. In de meeste projecten wordt ervan uitgegaan dat de mensen zelf expert zijn op het gebied van hun eigen gezondheid. Mensen kunnen zelf het beste aangeven wat in hun omgeving als gezond of ongezond wordt ervaren, om van daaruit te proberen controle te krijgen over die omgeving. Het werken met vrijwilligers uit de doelgroep past goed bij deze visie. Het doet een project beter aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep en is zo een betere garantie voor betrokkenheid van de bevolking bij het project. De meeste projecten blijken niet op basis van systematisch onderzoek tot stand te zijn gekomen. Samenwerking tussen instellingen binnen en buiten het terrein van gezondheid en zorg is een

fenomeen dat wel in de meeste projecten aan te treffen is. De meeste, vooral kleinschalige initiatieven in buurten zijn niet in politiek beleid ingekaderd en ontvangen geen overheidssteun.

Ook in Nederland wordt de term gezondheid en daarmee het doel gezondheidsbevordering ruim opgevat: gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. Daardoor presenteren projecten in het kader van bevordering van gezondheid — naast activiteiten die een directere link hebben met gezondheid — een breed scala van activiteiten. Bij de onderzochte projecten in Nederland blijkt gezondheidsbevordering evenmin goed te meten en wordt ook hier gewerkt met doelen die afgeleiden zijn van bevordering van de gezondheid. De achtergronden van de initiatieven zijn divers. Feitelijk geconstateerde gezondheidsverschillen zijn slechts in een enkel geval aanleiding tot initiatieven geweest. Wel wordt er de nadruk op gelegd dat het belangrijk is om uit te gaan van behoeften zoals die door mensen verwoord worden. Gesteld wordt dat het serieus nemen van behoeften een voorwaarde voor lokaal gezondheidsbeleid is. Bewoners komen echter veelal pas in de loop van een project aan bod in de rol van meer of minder actieve consumenten van een voorziening. Niet toevallig is het grootste deel van de onderzochte projecten (in de indeling van Checkoway 1988) gericht op het verlenen van een dienst, op educatie of op planning. Toch wordt medewerking van betrokkenen ofwel participatie niet alleen gezien als een sleutel voor een succesvol gezondheidsproject, maar ook als een voorwaarde voor preventie.

Als schaalniveau voor lokale gezondheidsprojecten wordt vanuit allerlei praktische overwegingen steeds de buurt of wijk gekozen. Een belangrijk argument is dat een benadering op buurtniveau minder individualiserend en stigmatiserend werkt dan een benadering waarin mensen los van elkaar als individu worden aangesproken. Een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat komt ook in Nederland weinig voor. Meestal wordt de lokale benadering gecombineerd met een benadering van een specifieke groep. Evenals in de Verenigde Staten en Canada wordt daarbij opvallend vaak gestreefd naar het inschakelen van vrijwilligers uit de doelgroep. Bij de samenwerking tussen vrijwilligers en beroepskrachten die zo ontstaat, zijn er twee wegen te onderscheiden die gelijktijdig bewandeld kunnen worden: de richting van onderen naar boven door het ondersteunen van initiatieven van vrijwilligers door beroepskrachten en de richting van boven naar onderen door het betrekken van vrijwilligers bij initiatieven van de staf. De benaderingen 'van bovenaf' en 'van onderop' blijken versterkend op elkaar te kunnen werken.

Ook in Nederland wordt er vanuit een brede definitie van gezondheid samenwerking gezocht met instellingen op allerlei gebieden buiten de sector gezondheid. Soms is samenwerking verregaand geïnstitutionaliseerd, soms blijft het bij een min of meer informele samenwerking van werkers van verschillende disciplines. Wanneer de optiek van een project een brede definitie van gezondheid is, lijkt het vanwege de doelgroep en als basis voor samenwerking desondanks zinvol aansluiting te houden bij de alledaagse en (dus) smallere betekenis van gezondheid. Daarbij kan een goede zichtbaarheid van het initiatief in de wijk (gebouw, publiciteit) het project zowel naar de doelgroep toe als naar de politiek versterken. Ook in de Verenigde Staten en Canada wordt dit als een belangrijk aspect gemeld. Maar zowel voor de doelgroep als voor de subsidiënten en de politiek betrokkenen is het ook van belang niet

alleen het project of het gebouw zelf, maar ook de resultaten zichtbaar te maken. Een probleem hierbij blijft de slechte onderzoekbaarheid van resultaten en de lange adem die gezondheidsbevorderende projecten vereisen. Dit tegenover staat de roep uit de instellingen en de politiek om snel resultaten te laten zien.

Zoals uit bovenstaande blijkt is het mogelijk de projecten thematisch te beschrijven aan de hand van het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het gehanteerde territoriale kader. Het bleek echter niet goed mogelijk vast te stellen of de lokale gezondheidsprojecten ook werkelijk kunnen beantwoorden aan deze eigen beoogde doelen. Daarvoor zijn de doelen te vaag en onduidelijk omschreven. Ook de literatuur rond lokaal gezondheidsbeleid en rond het Healthy Cities Project geeft hierover weinig aanwijzingen. Bovendien bleek er eerder sprake te zijn van verschillende aspecten en glijdende schalen dan van scherpe criteria. Zo is bijvoorbeeld bij het beoogde doel 'bevolkingsparticipatie' niet ondubbelzinnig vast te stellen of hiervan wel of niet sprake is. Er zijn verschillende niveaus van participatie te onderscheiden die kunnen variëren van manipulatie tot zelfbestuur. Bovendien is het belangrijk te weten in welke fase van een project participatie plaats vindt. Om hieromtrent meer helderheid te krijgen zijn, met hulp van enerzijds de theoretische aantekeningen uit hoofdstuk vier en anderzijds de empirische bevindingen over de lokale gezondheidsprojecten, de beoogde doelen verder ontrafeld in enkele relevante aspecten. Dit resulteerde in een aantal *schalen of continua*. Op elk van de continua bleek het mogelijk een punt aan te wijzen dat kan gelden als een minimumvoorwaarde bij de beoordeling van lokale gezondheidsprojecten. Hieronder komen het doel gezondheidsbevordering, de vier intermediaire strategieën en het gehanteerde territoriale kader achtereenvolgens aan de orde.³

Het doel *gezondheidsbevordering* kan uiteen gelegd worden in drie continua: het niveau waarop gemeten wordt, het type gegevens dat wordt gebruikt en het type onderzoek dat gehanteerd wordt om die gegevens te verzamelen. Het meetniveau kent van laag naar hoog vier ordinale niveaus: input-, en outputmeting op prestatieniveau, resultaatmeting en prestatie-meting, en moet minimaal de prestatie op outputniveau kunnen meten. Bij het type gegevens waarmee het doel gezondheidsbevordering kan worden gemeten is er sprake van de volgende zeven aflopende ordinale niveaus: gezondheid, determinanten van gezondheid, betrokkenheid bij beleid, kennis van determinanten van gezondheid, bekendheid met het beleid, versterking van de beleidsvoorwaarden en de interne kwaliteit van het beleidsproces. Hier geldt dat reële resultaten van lokaal gezondheidsbeleid gemeten moeten kunnen worden aan de hand van de eerste vier niveaus. De verschillende typen onderzoek zijn op nominaal niveau fysiek onderzoek, analyse van bestanden, enquête, onderzoek onder sleutelinformanten en onderzoek naar berichtgeving in lokale media. Deze kunnen afzonderlijk worden ingezet, of in combinatie worden gebruikt. Een resultaatmeting die enkel bestaat uit onderzoek naar de berichtgeving in lokale media lijkt evenwel onvoldoende.

³ De volledig uitgewerkte continua, de 'ijkpunten' en een samenvattend schema staan in de laatste twee paragrafen van hoofdstuk 5.

De intermediaire strategie *gegevens als basis* voor lokaal gezondheidsbeleid kan gesplitst worden in het type gegevens dat gebruikt wordt en het gehanteerde type onderzoek. Bij het type gegevens worden op nominaal niveau vier typen onderscheiden. Het gaat om geconstateerde gezondheidsverschillen, onvrede bij bewoners, geconstateerde gezondheidsbehoeften en een idee of filosofie. Hierbij geldt dat de eerste categorie 'geconstateerde gezondheidsverschillen' gecombineerd moet zijn met 'onvrede, actie bewoners' dan wel met 'geconstateerde gezondheidsbehoeften', omdat een reëel uitgangspunt objectieve gegevens zijn, die gevalideerd worden door subjectieve gegevens. Bij het type onderzoek kan hetzelfde continuüm gebruikt worden als bij gezondheidsbevordering. Ook hierbij geldt dat onderzoek naar de lokale media geen voldoende basis is voor lokaal gezondheidsbeleid.

Intersectorale samenwerking heeft twee continua: de sectoren waarmee samengewerkt wordt en het niveau waarop deze samenwerking plaats vindt. Wat betreft de sectoren waarmee samengewerkt wordt is uitgegaan van het model van Lalonde (1974), dat (op nominaal niveau) onderscheid maakt in biologische, fysieke en sociale factoren, leefwijzen en gezondheidszorg. Samenwerking dient minimaal betrekking te hebben op een of meerdere instellingen buiten de gezondheidszorg die zich bewegen rond fysieke of sociale factoren dan wel leefwijzen. Wat het niveau betreft is onderscheid gemaakt tussen samenwerking op uitvoerend en managementniveau. Samenwerking is reëel indien deze zich gelijktijdig op beide niveaus begeeft.

Politieke betrokkenheid bestaat uit één continuüm: het niveau van politieke betrokkenheid. Achtereenvolgens worden op ordinaal niveau van hoog naar laag onderscheiden: de politiek als vaststeller van een beleidskader, de politiek als opdrachtgever, politieke deelname, politieke dekking en informering van de politiek. Een minimum voor lokaal gezondheidsbeleid is enige politieke dekking en een regelmatige informering van de politiek.

Bij *participatie* kunnen twee schalen onderscheiden worden: het niveau van participatie en de fase waarin participatie plaats vindt. Het niveau van participatie is aan de hand van Arnstein (1969) van hoog naar laag op ordinaal uiteen gelegd in zelfbestuur, gedelegeerde macht, partnerschap, afkopen, consultatie, informeren, therapie en manipulatie. Voor lokaal gezondheidsbeleid vormen de drie niveaus van participatie die onder werkelijke participatie vallen — partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur — reële vormen van participatie. Daarnaast moet er sprake zijn van participatie in één, of zo mogelijk meer van de eerste vier fasen waarin participatie kan plaatsvinden: initiatief, ontwerp, uitvoering of evaluatie. Participatie enkel als consument van een gezondheidsproject is niet voldoende.

Het *territoriaal kader* tenslotte kan bekeken worden op het schaalniveau waarop lokaal gezondheidsbeleid plaats vindt. Er zijn op ordinaal niveau vijf stappen onderscheiden: stad, stadsdeel of deelgemeente, wijk of buurt, specifieke groep en specifiek netwerk. Het eerste deel van het continuüm (stad; stadsdeel of deelgemeente; wijk of buurt) vormt geen goed uitgangspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Vanwege het uiteenvallen van stadswijken als gemeenschappen en vanwege de noodzakelijke aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen moet er minimaal een toespitsing zijn op een specifieke groep of een bestaand netwerk.

Deze continua en de vastgestelde ijkpunten vormen het instrument waarmee in de tweede fase van het onderzoek recente lokale gezondheidsprojecten in de vier grote steden in Nederland meer systematisch geanalyseerd zijn.

De vier grote steden in Nederland

In de vier grote steden in Nederland gaat het om het project *Gezonde Stad* van Rotterdam (uitgevoerd in een zestal wijken), om *Gezondheid in de Stadsdelen* in Amsterdam (in de stadsdelen Westerpark en Noord), om *Den Haag Gezond* (in de stadsdelen Centrum en Scheveningen) en om het lokale gezondheidsproject *Beter Eten? Zeker Weten!* in de wijk Zuilen in Utrecht. Opvallend bij de projecten is een bijzondere diversiteit naar grootte van de aanpak, doelgroep, thematiek en een al dan niet structurele inbedding.

In dit onderzoek is gekeken naar de beoogde en naar de onbedoelde effecten van het beleid. De beoogde effecten zijn de voornoemde eigen doelen van de beweging. Deze zijn onderzocht met behulp van de ontwikkelde continua en ijkpunten en de resultaten ervan komen hieronder achtereenvolgens aan de orde. Daarnaast is gekeken naar de onbedoelde effecten van het beleid. Hierop wordt later in de paragraaf ingegaan.

Zonder uitzondering werken de onderzochte projecten met een territoriale aanpak. Steeds wordt gekozen voor een kleinschalige aanpak op stadsdeel-of wijkniveau, zij het dat de omvang hiervan uiteen loopt van 5000 tot 60.000 inwoners. Een benadering waarin de buurt als ongedifferentieerde geografische eenheid centraal staat komt, behalve bij de beide projecten in Den Haag en in eerste instantie bij het project in Zuilen, niet voor. De lokale benadering wordt steeds gecombineerd met een gerichtheid op een specifieke groep. Bij Punt 50, een buurt- en gezondheidsproject in het Rotterdamse Feijenoord waarbij een vaste groep vrouwen vanuit een buurthuis betrokken is, en bij het project in Amsterdam-Noord richt het project zich niet alleen op een specifieke groep, maar ook op een bestaand netwerk.

De basis van alle projecten in de vier grote steden is onderzoek naar gezondheidsverschillen. In enkele gevallen spelen daarnaast initiatieven van bewoners een rol als aanleiding voor de totstandkoming van een project. Herberekening van bestaande stedelijke gegevens naar het buurniveau, een gezondheidsenquête, een behoeftepeiling en vooral onderzoek onder professionele en niet-professionele sleutelinformanten zijn onderzoeksmethoden die het meeste voorkomen. De Gezondheidspeiling Utrecht is het enige voorbeeld van onderzoek waarvan een medische test deel heeft uitgemaakt.

Bij samenwerking gaat het in nagenoeg alle gevallen om samenwerking tussen delen van de gezondheidszorg en instellingen op sociaal gebied. In concreto blijkt het bijna steeds te gaan om samenwerking tussen een gemeentelijke gezondheidsdienst, een of meerdere andere instellingen uit de gezondheidszorg en een of meerdere instellingen uit het welzijnswerk. In alle projecten (Den Haag uitgezonderd) is er sprake van concrete samenwerking op uitvoerend niveau waarbij ook het management van de instellingen betrokken is.

In de elf onderzochte projecten varieert het niveau van politieke betrokkenheid. In alle vier de steden sluit lokaal gezondheidsbeleid aan bij breder beleid in een gemeente, maar dit gebeurt in verschillende mate. In Rotterdam beweegt de politieke betrokkenheid zich op elk van de vijf beschreven niveaus. De politiek creëert het beleidskader, verleent opdrachten en subsidie, neemt deel aan activiteiten, verleent bestuurlijke dekking en wordt geïnformeerd. Dit geldt ook voor Amsterdam, maar hier is lokaal gezondheidsbeleid minder expliciet onderdeel gemaakt van het gemeentelijke beleid. In Den Haag zijn de projecten onderdeel van het gemeentelijk beleid Beter Gezond. Het Voedingsproject in Utrecht tenslotte is lan-

delijk gesubsidieerd en hier is de politieke betrokkenheid diffuser.

Alle projecten op één uitzondering na komen op het punt van bevolkingsparticipatie niet verder dan het niveau van consultatie. Wanneer de twee onderste sporten van de ladder van Arnstein (1969) – manipulatie en therapie – buiten beschouwing worden gelaten, gaat het dus steeds om twee niveaus van participatie: informeren en consultatie. Werkelijke participatie door de bevolking (de drie hoogste sporten) lukt maar in één geval: Punt 50 in Rotterdam. Meestal vindt participatie pas in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid is dan ook eerder een streven dan een praktijk die daadwerkelijk in de projecten terug is te vinden.

Slechts in een enkel geval worden effecten in termen van gezondheidsbevordering aan onderzoek onderworpen. Over het algemeen wordt er op het niveau van output-prestaties gemeten en soms op resultaatniveau. Het voedingsproject in Zuilen en de projecten in Rotterdam worden geëvalueerd op de maatschappelijke effecten van het beleid. Er is bij de gezondheidsprojecten overeenstemming te beluisteren over de onhaalbaarheid van effectmeting op korte termijn en over de wenselijkheid ervan op langere termijn. Een feitelijke toename van gezondheid wordt nergens geconstateerd. Er zijn geen onderzoeken bekend waarin de lokale aanpak van gezondheid in steden aantoonbaar geleid heeft tot een waarneembare verkleining van gezondheidsverschillen. Wat betreft het type gegevens wordt, met uitzondering van Feijenoord waar subjectieve beleving van gezondheid is gemeten, als het hoogste niveau enkele malen het niveau 'determinanten van gezondheid' gehaald. Bij het type onderzoek dat gehanteerd wordt, neemt Rotterdam een bijzondere plaats in omdat deze stad als enige een systeem heeft waarin gezondheid en gezondheidsdeterminanten onderwerp zijn van een continue buurtgerichte monitoring. De analyse van bestaande gegevens, een enquête onder deelnemers of onder de doelgroep als geheel, zijn over het algemeen veelgebruikte onderzoeksmethodieken. Daarnaast wordt er vaak gebruik gemaakt van onderzoek onder sleutelinformanten. Fysiek onderzoek ter evaluatie van het effect van gezondheidsprojecten is niet aangetroffen.

Al met al kan vastgesteld worden dat lokaal gezondheidsbeleid zoals dit onderzocht is in Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag bij de territoriale aanpak en bij de strategieën 'gegevens als basis', 'intersectorale samenwerking' en 'politieke binding' positief scoort op de ijkpunten zoals die in de betreffende continua zijn vastgesteld. Bij de strategie 'bevolkingsparticipatie' en bij het uiteindelijke doel gezondheidsbevordering is dit niet het geval.

Naast onderzoek naar bovenstaande bedoelde effecten van lokaal gezondheidsbeleid zijn ook de onbedoelde effecten van dergelijk beleid onderzocht. Het gaat achtereenvolgens om medicalisering en de rol van het territoriale kader, om de effecten van intersectorale samenwerking, om de paradox van de niet-medische benadering en om de gevolgen van een lage bevolkingsparticipatie.

De projecten bleken een breed scala van activiteiten buiten het eigenlijke 'territorium' van gezondheid te vertegenwoordigen. Hierdoor kunnen lokale gezondheidsprojecten beter aansluiten bij wensen en beleving van de doelgroep. Maar ook dragen gezondheidsprojecten er hierdoor toe bij dat steeds meer facetten van het menselijk leven onder invloed komen

van de begrippen ziek en gezond. Dit sluit aan bij het begrip medicalisering van schrijvers als Freidson (1970) en Zola (1972). Die gebieden komen zo onder de norm gezondheid te vallen. Politieke en andere kwesties worden aldus getransformeerd tot gezondheidsproblemen.

De nadruk die gelegd wordt op het lokale niveau speelt in dit verband een dualistische rol. Aan de ene kant blijkt de lokale of buurtaanpak een voorwaarde om aan te kunnen sluiten bij problemen en behoeften die in de lokale context bij mensen spelen. Gezondheidsbevorderende maatregelen of voorlichting die op landelijk niveau ontwikkeld worden zijn hierop immers niet toegesneden. Aan de andere kant dringt gezondheid juist door gebruik te maken van het lokale niveau directer dan voorheen door in het leven van betrokkenen.

De samenwerking met instellingen buiten de sector gezondheid is een logisch vervolg op de brede definitie van gezondheid en is er de praktische invulling en de formalisering van. Het inzicht dat gezondheid slechts voor een klein deel het resultaat is van inspanningen van de gezondheidszorg impliceert logischerwijs een grotere rol voor sectoren die actief zijn op de overige determinanten uit het model. Deze ontwikkeling past bij de basis van het civilisatieproces van Elias: de samenleving wordt gedifferentieerder en daarmee neemt de onderlinge afhankelijkheid van maatschappelijke sectoren toe. Op veel plaatsen zijn er vanuit dit uitgangspunt veelzijdige en succesvolle samenwerkingsverbanden ontstaan. Vaak tonen professionals van uiteenlopende instellingen zich enthousiast voor het thema gezondheid. Hiermee wordt de basis gelegd voor intersectoraal beleid, maar wordt het domein waarop de waarde gezondheid van toepassing wordt geacht ook in praktische zin vergroot. Deze 'binnenkomst' van het thema gezondheid wordt dan ook niet door iedere potentiële samenwerkingspartner van buiten de gezondheidszorg gewaardeerd. In een enkel project, Punt 50 in Rotterdam, is weerstand tegen de disciplinerende macht van de geneeskunde te herkennen zoals Foucault die beschrijft. Er wordt immers toezicht gecreëerd, er is controle en mensen worden door onderzoek vergelijkbaar gemaakt in beschrijvingen en getallen.

Er blijkt sprake van een paradox. Het verzet van professionals van de openbare gezondheidsdiensten tegen de 'artsenbenadering' van gezondheid mondt uit in een niet-medische, sociale benadering van gezondheid. Maar juist door af te stappen van een smalle, medische benadering van gezondheid en ruimte te maken voor leefwijzen en sociale en fysieke factoren, komen meer en meer dimensies van het menselijk bestaan onder de norm gezondheid te vallen en kan de eigen verantwoordelijkheid die mensen voor hun gezondheid hebben in het gedrang komen. Maar ook onttrekken mensen zich soms zelf aan de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, wanneer zij zich niet aan laten spreken op de eigen leefwijzen en de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid 'doorschuiven' naar de overheid.

Er is een verband tussen het niveau waarop participatie plaats vindt en medicalisering en disciplinerende. Gesteld kan worden dat hoe lager het niveau van participatie is, hoe sterker lokaal gezondheidsbeleid kenmerken van medicalisering en disciplinerende zal hebben. Bij een laag niveau van participatie is er immers sprake van het ongevraagd binnendringen van de kwestie gezondheid, zonder dat gezondheid als thema of waarde actief door betrokkenen wordt binnengehaald. Op één uitzondering na – Punt 50 in Feijenoord – bleek er in geen van de lokale gezondheidsprojecten sprake van werkelijke participatie van niet-professionals. Dat betekent dat in die gevallen bevolkingsparticipatie niet kan fungeren als een tegenkracht

tegen de normeringsmacht van gezondheid. Overigens is in Punt 50 andersom juist sprake van onbedoelde emanciperende effecten: ook al vindt er geen directe vergroting van het gezondheidskapitaal plaats, deelname in gezondheidsprojecten kan resulteren in opwaartse sociale mobiliteit door toegenomen opleiding en door profijt van sociale netwerken die in en rond het project zijn ontstaan. Gezondheid blijkt daarnaast onbedoeld een geschikt thema om migrantenvrouwen uit een sociaal isolement te halen.

Tenslotte blijkt dat de theorieën over medicalisering en disciplineren te weinig specifiek zijn om te laten zien hoe de mechanismen van medicalisering en disciplineren de verschillende maatschappelijke groepen steeds verschillend raken. Om dit probleem te ondervangen is in hoofdstuk vier het concept *culturen van gezondheid* ontwikkeld. Lokaal gezondheidsbeleid zal zich — wil het beleid succesvol zijn — rekenschap moeten geven van de cultuur van gezondheid van de doelgroep.

De aansluiting bij de cultuur van gezondheid van de beoogde doelgroep was in het project Punt 50 in Rotterdam vanaf het begin een gegeven, omdat het initiatief vanaf het begin bij niet-professionals lag. De twintig vrouwen hebben een doorslaggevende rol in de opzet en voortgang van het project. Daardoor is het haast vanzelfsprekend dat hun visie en hun normen rond gezondheid voorrang hebben. Dat is paradoxalerwijze ook te zien in het feit dat ze — vanuit hun egalitaire cultuur van gezondheid⁴ — verzet aantekenden tegen de affichering van Punt 50 als gezondheidsproject. In twee andere projecten, het Tandzorgproject Allochtonen en het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam, is expliciet onderzoek gedaan naar de cultuur van gezondheid van de beoogde doelgroep. Voordat het Tandzorgproject Allochtonen in Westerpark van start ging was uit de gezondheidsenquête onder inwoners van het stadsdeel Westerpark gebleken dat een groot deel van de migranten geen eigen tandarts heeft. Er is toen niet gekozen om direct te starten met voorlichtingsactiviteiten om migranten ertoe aan te zetten vaker naar de tandarts te gaan, maar men heeft eerst geprobeerd te achterhalen wat de culturele achtergrond hiervan was en er vervolgens de opzet van het project op afgestemd. In het project Migranten en gezondheid in de Van der Pekbuurt is onder andere gewerkt met 'gezondheidsportretten' die zicht geven op de culturen van gezondheid zoals die bij Turkse en Marokkaanse migranten voorkomen. De gezondheidsportretten lieten zien hoe belangrijk het was via het op te zetten Gezondheidsinformatiecentrum te werken aan de moeilijke relatie tussen migranten en de Nederlandse gezondheidszorg. Voor de fatalistische cultuur van gezondheid⁵ is het belangrijk om ondersteuning te krijgen

⁴ Groepen die een sterke groepsbinding hebben, maar inhoudelijk niet georiënteerd zijn op de algemene (burgerlijke) principes over gezondheid. Het gaat vooral om de traditionele arbeidersklasse in de oude en naoorlogse stadswijken in de steden.

⁵ Mensen met een fatalistische cultuur van gezondheid worden sterk gestuurd door regels voor gezond leven en maken in geringe mate deel uit van een groep. De regels die gevolgd worden zijn niet ingebed in een groeps cultuur. Het prototype is de gehospitaliseerde patiënt. Deze leidt een geïsoleerd leven dat volkomen gedomineerd wordt door het medische regime. Raster en het ontbreken van een groepsbinding zijn hier samengebond in de organisatie en het gezag van het ziekenhuis.

bij de omgang met de gezondheidszorg en voor de hiërarchische cultuur⁶ kan het centrum linken leggen tussen de Westerse en de etnische gezondheidszorg.

In de andere projecten lag de relatie met culturen van gezondheid diffuser. Bij het Utrechtse Voedingsproject ontdekte men bijvoorbeeld pas in de loop van het project dat gezonde voeding in de wijk een negatief imago bleek te hebben. Het project kwam daarmee min of meer in een patstelling terecht, omdat het thema voeding al vanaf het begin vaststond en vervolgens geen aansluiting bij de wijkbewoners bleek te hebben. In Den Haag lag deze kwestie andersom. Men vindt hier dat elk initiatief dat niet direct uit de wijk afkomstig is, het opleggen van een stramen aan bewoners is. Activiteiten kunnen alleen dan aansluiten bij bewoners, wanneer het initiatief ook van die bewoners afkomstig is. Het gevolg hiervan is dat er nauwelijks concrete activiteiten worden ondernomen. In Amsterdam kiest men een andere benadering. Hier zwakt men de rol van onderzoek naar gezondheidsverschillen als basis voor lokaal gezondheidsbeleid af, juist om aan te kunnen sluiten bij de sociale werkelijkheid van bewoners en instellingen. De subjectieve beleving van gezondheid en de determinanten die bewoners zelf als invloed op hun gezondheid zien, krijgen ook een nadruk. Men hoopt zo op een meer herkenbaar onderzoeksresultaat dan het geval zou zijn geweest met een 'objectieve' benadering van gezondheid.

De cultuur van gezondheid van de doelgroep blijkt in de meeste projecten een thema te zijn. In drie projecten is hieraan expliciet gestalte gegeven. In de overige projecten is er geen herkenbare vorm aan gegeven.

7.5 De betekenis van lokaal gezondheidsbeleid

Uit deze studie blijkt dat het niet eenvoudig is een bijdrage te leveren aan het belangrijkste doel van lokaal gezondheidsbeleid, het verkleinen van gezondheidsverschillen. Lokaal gezondheidsbeleid stuit hier op grenzen. Ook de territoriale aanpak blijkt beperkingen te hebben en dat geldt evenzeer voor de nagestreefde bevolkingsparticipatie. Om tot een reëler perspectief voor lokaal gezondheidsbeleid te komen, wordt in deze paragraaf voor elk van deze drie punten achtereenvolgens nagegaan waar die grenzen liggen, wat ondanks die grenzen het belang ervan is en onder welke voorwaarden dit belang beter tot zijn recht kan komen.

Grenzen

Lokaal gezondheidsbeleid kent grenzen die hieronder aan de orde komen. Het gaat om grenzen die te maken hebben met het hardnekkige bestaan van gezondheidsverschillen, om de beperkingen die het lokale niveau met zich mee brengt en om de grenzen van bevolkingsparticipatie.

⁶ De oppassende burger, een typisch hogere en middenklasse-patroon, staat model voor de hiërarchische cultuur van gezondheid. Het is een gedragspatroon waarvan de inhoudelijke oriëntatie dicht bij de uitgangspunten van de gezondheidszorg staat en waarin een sterke binding in een groep bestaat.

Een eerste grens van lokaal gezondheidsbeleid betreft de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Lokale gezondheidsprojecten bleken nauwelijks in staat gezondheidsverschillen te verkleinen. Blijkbaar zijn de mogelijkheden daartoe beperkt. Het is de moeite waard te bezien waar de grenzen van een dergelijk beleid liggen. Op de eerste plaats is sociale ongelijkheid een fundamenteel kenmerk van de samenleving. De basis van gezondheidsverschillen is sociaal-economisch en dat is een moeilijk veranderbaar basis-stramien van onze samenleving. Het valt in elk geval buiten het directe bereik van gezondheidsbeleid. Daarbij komt dat er al veel langer landelijk en gemeentelijk beleid op het gebied van sociaal-economische achterstand is en het wellicht niet erg wenselijk is dat ook gezondheidsdiensten zich daarmee intensief gaan bemoeien. Er zijn soms weerstanden wanneer gezondheidsdiensten zich gaan bemoeien met het beleid van andere sectoren. Men klaagt over 'wittejassen-betweterij' en vermeende deskundigheid, over vage en onbewezen aannames en over populistische verwijzingen naar gezondheid die iedereen immers van belang vindt.

Daarbij komt nog dat het tij tegen is: gezondheidsverschillen nemen de laatste decennia juist toe. Ondanks de stijging van de gemiddelde levensverwachting van alle sociale groepen, worden de verschillen in gezondheid tussen de maatschappelijke groepen in Nederland de laatste decennia weer groter. Vooral de omslag in hart- en vaatziekten speelt daarin een rol. De daling van de sterfte aan hartziekten is bij de hogere sociaal-economische groepen eerder begonnen en is meer uitgesproken geweest dan bij de lagere sociaal-economische groepen (Mackenbach 1994:31). Een oorzaak hiervan is de verandering in leefwijzen. In de hogere sociaal-economische groepen is men zich eerder een gezondere leefwijze gaan aanmeten (zoals minder roken, meer bewegen en een betere omgang met spanningen). Het lijkt erop dat de hogere sociale klassen de waarschuwingen voor de gevaren van een ongezonde leefwijzen en de voorlichting voor hoe het wèl moet, eerder en beter hebben opgepikt. Zo bezien hebben de lagere sociale klassen minder profijt gehad van het voorlichtingsbeleid van de overheid dat erop gericht was (en is) de gezondheid van iedereen te bevorderen. De welvaartsstaat is weliswaar een vangnet voor de laagste sociaal-economische groepen, maar heeft ook het aspect in zich van het vergroten van sociale ongelijkheid.⁷ Deleeck (1988:325) stelt in algemene zin dat onder invloed van sociaal-culturele en sociaal-politieke factoren een groot aantal voordelen van het sociale overheidsbeleid tendentieel en verhoudingsgewijs meer naar de hogere dan naar de lagere sociale categorieën gaan. Het streven om gezondheidsverschillen te verkleinen heeft, kortom, de wind tegen.

Over het algemeen wordt een beoordeling van het effect van gezondheidsprojecten in termen van feitelijke verbetering van gezondheid voorlopig als niet haalbaar beschouwd. Dit komt overeen met de onderzochte praktijk van lokale gezondheidsbeleid: een feitelijke verbetering van de gezondheid als resultaat van een gezondheidsproject wordt nergens geconstateerd. Ook Gepkens en Gunning-Schepers (1993) komen na een onderzoek naar interventies ter verkleining van gezondheidsverschillen tot een vergelijkbare conclusie. Een

⁷ Er is een parallel te trekken met de cultuursubsidies. Deze subsidies op bijvoorbeeld schouwburgkaartjes en kunstaankopen zijn bedoeld voor iedereen, maar vooral de hogere sociaal-economische groepen maken gebruik van deze voorzieningen en 'consumeren' dus de subsidies.

meetbaar effect op de gezondheidssituatie door een gezonde stad benadering is overigens niet makkelijk vast te stellen. De effecten zijn niet op termijn van enkele jaren, maar wellicht pas op veel langere termijn vast te stellen. Bovendien is het onderzoek naar oorzakelijke verbanden tussen gezondheid en determinanten van gezondheid nog niet in een stadium beland dat het effect van afzonderlijke factoren op gezondheid bekend is. Het gaat om bijzonder complexe relaties. In de evaluatie van het Westerparkproject in Amsterdam verzucht men dat het in tijden van cholera een stuk makkelijker was om vast te stellen welke interventie het meeste effect sorteerde. Het lijkt dan ook niet reëel lokale gezondheidsprojecten af te rekenen op deze korte termijn effecten. Prestatiemeting (naar input en output), en vervolgens resultaatmeting als inspanningsverplichting, lijkt het hoogst haalbare. Dit betekent dat het type gegevens waarmee vastgesteld wordt of er al dan niet sprake is van bevordering van gezondheid, niet op de groep of wijk als geheel betrekking kan hebben, maar hooguit op de bereikte doelgroep. Dat neemt niet weg dat het noodzakelijk is om, zoals de Rotterdamse gezondheidsmonitor REBUS doet, te kijken naar ontwikkelingen in gezondheidsverschillen tussen groepen en tussen stadsbuurten. Als enige beoordelingscriterium en als financieringsgrondslag is het echter niet geschikt.

Op de tweede plaats heeft ook de gerichtheid op het lokale niveau, de *community*-benadering, grenzen. Zo blijken de determinanten van gezondheid maar voor een klein deel op buurtniveau te liggen. Enkel factoren uit de fysieke omgeving en wellicht een negatieve cultuur van gezondheid als leefwijze spelen een rol op het niveau van de buurt of wijk. Vervolgens is er de onbeïnvloedbaarheid van maatschappelijke en economische factoren op lokaal niveau. Maatschappelijke verschijnselen als individualisering, ontwikkelingen in de werkgelegenheid, of het opleidingsniveau spelen zich af op regionaal, landelijk of zelfs mondiaal niveau en onttrekken zich aan het stads- of buurtniveau. Gezondheid is dus maar voor een klein deel door lokaal beleid beïnvloedbaar. Het is zinvol een vergelijking te maken met de *War on Poverty* in de Verenigde Staten. Het mislukken hiervan wordt toegeschreven aan het feit dat de aard en de oorzaken van armoede vooral werden beschreven in termen van gedrag en cultuur op individueel of buurtniveau en niet in termen van economische en politieke structuur (Heclo 1994). Men probeerde individuen en gezinnen toe te rusten voor werk en de armoedecultuur te doorbreken. Maar de structurele problemen zoals het tekort aan geschikte banen werden niet aangepakt. Ook lokaal gezondheidsbeleid loopt het gevaar enerzijds pretenties voor te spiegelen rond opleiding, arbeid en inkomen die niet waar te maken zijn en anderzijds de nadruk te leggen op participatie en gedrag met voorbijgaan aan de oorzaken van structurele maatschappelijke ongelijkheid.

Tevens moet gewezen worden op de mogelijke inefficiëntie van een lokale aanpak. Lokale gezondheidsprojecten zijn zeer arbeidsintensief en dus duur. Dit soort projecten zijn in deze vorm waarschijnlijk niet op grote schaal toepasbaar. De manier van werken is veelbelovend, maar er zouden wegen ontwikkeld moeten worden om het minder arbeidsintensief en dus minder kostbaar te maken. Maar in de huidige beginfase van lokaal gezondheidsbeleid zijn experimenten met allerlei aspecten van dit beleid van groot belang. Projecten zijn er vaak expliciet op gericht ervaring op te doen met zaken als samenwerking tussen uiteenlopende

instellingen, betrokkenheid van bewoners, het opbouwen van een relatie met het politieke bestuur en dergelijke. Het ligt voor de hand het succes van een lokaal gezondheidsproject óók te beoordelen in termen van een bijdrage aan de ontwikkeling van nieuwe en goedkopere werkwijzen. Inmiddels zijn er voorbeelden van project-verslagen die dit ontwikkelingsperspectief verdisconteren (Van de Vegte 1995, Sweep 1994b en De Ceuninck van Capelle et al. 1994).

In lokaal gezondheidsbeleid wordt soms uitgegaan van een concept van de buurt als -gemeenschap of *community*. Er wordt gerekend op overeenstemming tussen bewoners en gebruikers van een buurt als het gaat om belangrijke waarden en verwachtingen. Coöperatie wordt gezien als de gebruikelijke omgangsvorm. Met name in de grootstedelijke wijken klopt dit niet meer. Het beeld van de buurt als arena staat wellicht dichter bij de werkelijkheid dan het beeld van de buurt als gemeenschappelijke domein. Streven naar coöperatie kan dan beter vervangen worden door streven naar vreedzaam samenleven. In lokale gezondheidsprojecten in vooral Amsterdam en Rotterdam wordt inmiddels eerder gewerkt vanuit dit concept van vreedzaam samenleven (bijvoorbeeld bij de bestrijding van racisme en onveiligheid) dan dat men zich oriënteert op een wijk- of buurtgedachte.

Bevolkingsparticipatie is de derde grens waarmee lokaal gezondheidsbeleid te maken heeft. Op het punt van bevolkingsparticipatie komen alle onderzochte projecten op één uitzondering na niet verder dan het niveau van consultatie. Meestal vindt participatie pas in de laatste projectfase plaats: de consumptie van een nieuwe voorziening of dienst. Bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid bleek eerder een streven of een ideologie dan een praktijk die daadwerkelijk in de projecten terug is te vinden. Bevolkingsparticipatie heeft met macht te maken. Er zijn wat dat betreft ook hier lessen te leren uit de *War on Poverty* in de Verenigde Staten in de jaren 60. Daar is ook geprobeerd bevolkingsparticipatie gestalte te geven. Belangrijk onderdeel van de *War on Poverty* was het *Community Action Program*, een verzameling van meer dan duizend door de overheid gefinancierde anti-armoede instellingen in stadsbuurten. Hun taak was vooral de coördinatie van de hulpverlening en de overbrugging van de afstand tussen de hulpverlening en de armen. De taak van *community action* bleek bemoeilijkt te worden doordat de plaatselijke instellingen niet bereid waren hun autonomie op te geven. Daarbij speelde ook een rol dat de beoogde participatie door de armen vooraf niet duidelijk was omschreven. In enkele steden slaagden anti-armoede activisten erin de leiding voor het *Community Action Program* uit handen van de lokale elite te krijgen (dat gebeurde vooral in steden waar een sterke onafhankelijke beweging van zwarten bestond), maar meestal wisten de burgemeesters directe participatie te beperken door een centraal bestuur te handhaven en te werken met politieke benoemingen in dat bestuur. Doorgaans verleende het *Community Action Program* diensten aan de armen, zonder dat er sprake was van participatie in het programma door de armen zelf. Opmerkelijk was dat er weinig banden waren met de talloze, vooral zwarte basisbewegingen tegen armoede en achterstelling. Vaak waren acties vanuit deze bewegingen juist tegen het 'anti-armoede establishment' gericht (Wilson 1987, Jackson 1993 en Hecló 1994). Dat laatste valt bij lokaal gezondheidsbeleid niet direct te constateren, maar wel is duidelijk dat participatie bij lokaal gezondheidsbeleid een machtsbasis ontbreekt.

Relevantie

Ondanks de grenzen die hierboven geconstateerd zijn, bestaan er goede redenen om lokaal gezondheidsbeleid te voeren. De argumentatie die hieronder uitgewerkt wordt is op de eerste plaats terug te voeren op het belang van gezondheid bij de bestrijding van achterstand. Een tweede achtergrond is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een derde achtergrond is het belang van bevolkingsparticipatie en tenslotte worden argumenten geput uit het lokale perspectief bij lokaal gezondheidsbeleid.

Op de eerste plaats is gezondheid — zoals we hebben gezien — daadwerkelijk een factor die van waarde is bij het behalen van maatschappelijk succes. Een goede gezondheid zou voor de hoger gekwalificeerde banen zelfs een voorwaarde zijn.⁸ Investeren in een goede gezondheid vergroot de kansen op opleiding en beroep. In achterstandsbuurten met een hoge werkeloosheid is dit een factor die nog onvoldoende aandacht geniet. Lokaal gezondheidsbeleid biedt daarnaast interessante neveneffecten: een bijdrage aan het opheffen van sociaal isolement, aan scholing of aan perspectieven op betaalde arbeid. Lokale gezondheidsprojecten zijn één van de verschijningsvormen van de maatschappelijk tendens van het toenemende belang van gezondheid als kapitaal, zoals onder andere blijkt uit de sterke toename van het aantal gezondheidskeuringen bij sollicitaties. Dit kan betekenen dat gezondheid als selectiemechanisme voor andere vormen van kapitaal (economisch en sociaal) belangrijker aan het worden is. Het persoonlijke volume van gezondheidskapitaal bepaalt mede de kansen op opleiding en werk. Voor mensen zonder werk kan een mindere gezondheid een beletsel zijn om weer aan het werk te komen of om met succes een her- of bijscholing te volgen. Dit is van belang om in het oog te houden bij beleid ter bestrijding van langdurige werkeloosheid en bij scholingsbeleid.⁹

Een tweede argument betreft het terugdringen van grote gezondheidsverschillen. Deze zijn politiek en maatschappelijk een moeilijk te verteren gegeven. Immers, gezondheid wordt algemeen van zeer groot belang geacht, terwijl gelijkheid van kansen evenzeer hoog in het vaandel staat bij nagenoeg alle politieke partijen. Daarnaast zijn het terugdringen van het verlies aan produktiviteit door ziekte en wellicht vermindering van de kosten van de gezondheidszorg goede beweegredenen. Een interessant gegeven hierbij is dat er internationaal een verband is tussen de grootte van de inkomensverschillen — een belangrijke achtergrond van gezondheidsverschillen — en de totale gemiddelde levensverwachting. Hoe kleiner de sociaal-

⁸ Dit werd naar voren gebracht door de voorzitter van de Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen prof. dr. L. Ginjaar op het afsluitende symposium van de commissie op 10 februari 1994. Overigens wijst Schnabel erop dat in vroeger eeuwen ziek zijn een luxe was die alleen de rijken zich konden permitteren. De armen hadden hun gezondheid van dag tot dag nodig als produktiemiddel. De arbeiders die hun gezondheid als kapitaal het meeste nodig hadden, waren het minste in de gelegenheid voor de eigen gezondheid te zorgen. Pas de invoering van de algemene ziektekostenverzekering heeft dat beeld veranderd.

⁹ Bij de vergroting van dit gezondheidskapitaal past overigens een kanttekening. Een bereikte langere levensduur (een belangrijke maat bij het bepalen van aan sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsverschillen), of — geformuleerd als een modernere doelstelling — een compressie van morbiditeit, zegt op zich weinig als dit niet gekoppeld wordt aan de kwaliteit van leven zoals betrokkenen die ervaren. Langer leven is immers niet hetzelfde als levensgeluk. De vraag is of niet veeleer de *gezonde* levensverwachting en niet de levensverwachting sec een interessant doel is. Maar uiteindelijk zou het niet alleen moeten gaan om bevordering van de gezondheid van individuen of groepen, maar om de verbetering van de kwaliteit van het leven.

economische verschillen in een land, hoe hoger de gemiddelde levensverwachting (Mackebach 1994:78-79). Vermindering van inkomensverschillen en van verschillen in gezondheid is zo gezien niet alleen het belang van de minst bedeelden, maar versterkt ook de bevolking als geheel.

Een derde argument verwijst naar het streven bevolkingsparticipatie te realiseren. Het streven de bevolking bij gezondheid en gezondheidsbeleid te betrekken is zoals gezegd een belangrijke doelstelling van de huidige lokale gezondheidsprojecten en dat is althans in theorie een verschil met het werk van hygiënisten uit de vorige eeuw. Bevolkingsparticipatie wordt belangrijk geacht omdat vooral mensen met een sociaal zwakke status hierdoor greep kunnen krijgen op factoren die op hun gezondheid van invloed zijn en omdat de eigen leefwijze een belangrijke determinant van gezondheid is. Ook is er een meer directe samenhang tussen participatie en gezondheid: waar sociaal isolement een gezondheidsbedreigende factor is, is maatschappelijke participatie een factor die een positieve invloed op gezondheid heeft. Ook zijn er goede redenen om gezondheidsbeleid op lokaal niveau vorm te geven. Zo manifesteren gezondheidsverschillen zich het duidelijkst op lokaal niveau en hebben burgers op lokaal niveau de meeste kans om invloed op beleid uit te oefenen, omdat de instellingen immers meer nabij zijn en er wellicht een gedeelde cultuur in een overzichtelijke situatie is. Omgekeerd zijn er op lokaal niveau de meeste mogelijkheden om burgers op gezondheid aan te spreken. Samenwerking tenslotte is op lokaal niveau minder moeilijk te realiseren dan op regionaal of landelijk niveau.

Een vierde en laatste perspectief is de rol die het fenomeen gezondheid wellicht speelt als integrerend moment in buurten. Lokaal gezondheidsbeleid moet rekening houden met een buurt als een min of meer losse verzameling individuen en kleine netwerken. Maar gezondheid wint in de ogen van iedereen aan belang. Een goede gezondheid staat inmiddels nummer één op het verlanglijstje van de gemiddelde Nederlander. Op het punt van gezondheid lijken we elkaar te begrijpen. *'In onze pluriforme samenleving is 'gezondheid' een van de fundamentele interpretatiekaders geworden, en – wat belangrijker is – een van de weinig gemeenschappelijke interpretatiekaders (..) Terwijl over morele zaken minder consensus is te bereiken, wordt de normativiteit van het gezondheidsbegrip steeds algemener onderschreven.'* (Ten Have 1988:22) Het is wellicht de moeite waard te onderzoeken of gezondheid, in de zin van een gemeenschappelijk begrip van gezondheid en een gemeenschappelijke zorg voor (bedreiging van) de gezondheid, een rol kan spelen als integratiekader in buurten.

Voorwaarden

Lokaal gezondheidsbeleid kan een steviger effect sorteren wanneer de voorwaarden waaronder dit beleid uitgevoerd wordt verbeterd worden. Hieronder worden achtereenvolgens uitgewerkt: de rol die de buurt speelt bij de besteding van gezondheidsverschillen, de spanning tussen professionele en buurtinitiatieven in de aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen, de rol van onderzoek en informatie in een cultuur van armoede, de brede definitie van gezondheid, het schaalniveau van gezondheidsbeleid, het streven naar de-medicalisering.

Een eerste voorwaarde is meer helderheid over de feitelijke rol de buurt speelt als oorsprong of besteding van gezondheidsverschillen. Dit is een kwestie die tot nu toe onderbe-

licht is gebleven. Is het de optelsom van de sociaal-economische status van de inwoners, gedeeld door hun aantal? Of is er meer aan de hand? Savage en Warde (1993) laten in hun behandeling van de processen van sub-urbanisatie en van gentrification zien dat de te onderscheiden woonbuurten of stadsdelen niet simpelweg ontstaan omdat bestaande sociale groepen ervoor kiezen daar te wonen. De relatie is ook andersom: ook de stedelijke omgeving is een factor bij de totstandkoming van stedelijke groepen met gedeelde waarden en perspectieven. *'We want to show (...) that the urban form is not simply the effect of the housing preferences of preconstituted social groups. Although structural inequalities are not themselves affected by residential patterns, the wider formation of people into social groups is very strongly affected by the existence of a suitable habitat. Hence the production of specific types of urban environment is itself a vital factor in the formation of groups with shared cultural values and outlooks.'* (Savage en Warde 1993:76) De stedelijke omgeving, of concreter het type woonbuurt, is dus niet rechtstreeks van invloed op sociale ongelijkheid en daarmee op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Maar de stedelijke omgeving is daarentegen wel een factor in de vorming van culturele waarden en perspectieven van sociale groepen en dus in de vorming van specifieke culturen van gezondheid. Savage en Warde menen echter ook dat deze stelling nog weinig empirisch onderlegd is. Zij pleiten dan ook voor herhaalde etnografische studies die zicht kunnen geven op veranderingen in het alledaagse leven in steden. Dit advies kan ook bij de problematiek van de ongelijke verdeling van gezondheid ter harte worden genomen. Hoe komt de concentratie van lage sociaal-economische status en ongezondheid in sommige buurten tot stand en hoe persisteert die concentratie? Spelen zowel causatie als selectie een rol? Wat is de rol van een mogelijke armoede-cultuur of cultuur van gezondheid in de bestending van gezondheidsproblemen?

Op de tweede plaats is het voor geslaagd lokaal gezondheidsbeleid een voorwaarde om de aansluiting bij bewegingen en veranderingen in de stadswijken niet te missen. Er bestaat hierbij een spanning — maar geen tegenstelling — tussen aan de ene kant vertrouwen wekken door als professional zaken aan te pakken waarvan de inschatting is dat deze voor mensen van belang zijn, en aan de andere kant terughoudendheid om te voorkomen dat eigen initiatieven uit handen van individuen of groepen genomen worden. Deze spanning dient niet uit de weg gegaan te worden, maar juist werkbaar gemaakt te worden. Aansluiting bij de leefwereld en de cultuur van gezondheid van betrokkenen is voorwaarde, maar dat wil niet zeggen dat professionals geen eigen verantwoordelijkheid hebben om thematieken aan de orde te stellen. Daadwerkelijke participatie betekent ook, zo leert het voorgaande, dat professionals en instellingen die actief zijn op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid ten gunste van bewoners en vrijwilligers afscheid moeten nemen van de eigen professionele autonomie. Het onderzoek liet zien dat men zich hiervan in een enkel geval bewust is en dat professionals worstelen met de consequenties die dit heeft voor het eigen handelen en dat van de instelling.

Een derde voorwaarde betreft de rol van gezondheidsonderzoek bij lokaal gezondheidsbeleid. Ook al is aan de voorwaarde van gedeelde autonomie van bewoners en professionals voldaan, toch is bevolkingsparticipatie in lokaal gezondheidsbeleid niet op afroep tot stand te brengen. De voorwaarden voor participatie die Westpalm van Hoorn (1975) formuleerde zijn een goed instrument om te voorspellen waar participatie slaagt en waar niet. Als er in

een wijk in de beleving van bewoners geen kwesties spelen op het gebied van gezondheid, kan dat niet zomaar door professionals geconstrueerd worden door bijvoorbeeld te verwijzen naar gezondheidsproblemen die uit epidemiologisch onderzoek naar voren komen. Bewoners, maar ook hulpverleners zijn immers geen onderzoekers in spe die stappen ondernemen als onderzoeksresultaten daartoe aanleiding geven. De presentatie van onderzoeksresultaten aan sleutelinformanten (professionals en bewoners) met het doel actiepunten te formuleren en samenwerking te creëren blijkt dan ook niet te werken. De strategie om empirische gegevens als basis voor een gezondheidsproject te nemen, speelt hierbij een ambivalente rol. Aan de ene kant is het natuurlijk verstandig een project niet op drijfzand te baseren en uit te gaan solide gegevens over gezondheid en gezondheidsdeterminanten. Maar tegelijk zeggen de meeste gegevens over gezondheidsdeterminanten weinig over de rol die deze spelen in het leven van betrokkenen. Een gezondheidsprobleem dat 'objectief' in een buurt bestaat, hoeft door bewoners beslist niet als zodanig ervaren te worden. De opbouw van een project vanuit dit soort gegevens botst met het zoeken van aansluiting bij de leefwereld van betrokkenen. Dat bleek het sterkste in het Voedingsproject in Utrecht, waar ongezonde voeding weliswaar uit onderzoek als probleem naar voren kwam, maar door bewoners niet als zodanig ervaren werd. In het project Migranten en Gezondheid in Amsterdam-Noord is geprobeerd op een gelijkwaardige manier gebruik te maken van de onderscheiden soorten van kennis: de wetenschappelijke kennis van de onderzoekers, de professionele kennis van de betrokken beroepskrachten en ervaringskennis van migranten zelf. Het lijkt een zinnige rol van onderzoek in lokaal gezondheidsbeleid. Bovendien bleek het gebruik van een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden een overstap van onderzoek naar actie mogelijk te maken. De daarvoor ontworpen variant van de Delphi-methode bleek een activerende en motiverende bijdrage te kunnen leveren.

Belangrijk is dus welke ervaringen mensen hebben en hoe ze die ervaringen interpreteren. De leefwereld van de mensen zelf is met andere woorden van belang. Maar als vervolgens mensen zichzelf niet in staat achten iets aan de problematiek te doen, zal betrokkenheid toch niet tot stand komen. En daar zit een probleem. Een dergelijk 'zelfvertrouwen' is niet gelijk over de samenleving verdeeld. Met name groepen met een lage sociaal-economische status hebben weinig vertrouwen in de maakbaarheid van de toekomst. Dit is een van de aspecten van de *culture of poverty* (Lewis 1966). Achterstandsgroepen kennen, sterker dan andere groepen, een laag aspiratieniveau en een kort tijdsperspectief en streven naar directe behoeftebevrediging. Dat gaat samen met gevoelens van machteloosheid, apathie en een minder vertrouwen in het eigen kunnen. Deze cultuur-elementen kunnen van generatie tot generatie worden doorgegeven en maken ontsnapping aan de cultuur van armoede moeilijk. Walle (1990) introduceert het concept *informatieghetto*: de behoefte aan informatie bij achterstandsgroepen blijft beperkt tot informatie uit de eigen groep en heeft weinig relatie met de buitenwereld. Mensen in achterstandssituatie maken daarbij vaak deel uit van *parochiale netwerken*. Dat zijn netwerken waarin, in tegenstelling tot *kosmopolitische* netwerken, een relatief sterk onderscheid is tussen binnen en buiten de groep, waarin over het algemeen meer relaties voorkomen met familieleden dan met vrienden en waarin relaties geografisch beperkt zijn. Men is geneigd buitenstaanders achterdochtig te benaderen en informatie is

meer gericht op mensen en de eigen groep dan op objecten buiten de eigen groep (Merton 1958). Te vergelijken hiermee is de conformistische (of egalitaire) gezondheidscultuur. Wanneer leden van achterstandsgroepen wèl de stap maken en op zoek gaan naar informatie blijken er verschillende drempels te bestaan die dat proces bemoeilijken (Dervin 1974). De drempels zijn institutioneel (hulpverleners selecteren vaak cliënten met een hogere opleiding die ontvankelijker voor informatie zijn), fysiek (afstand, gebrek aan vervoer), psychologisch (statusverschillen tussen hulpverlener en cliënt), intellectueel (moeite met schriftelijke informatie), financieel en maatschappelijk (zoals de aard van het parochiale netwerk). Walle concludeert dat gezondheidsvoorlichting aan achterstandsgroepen hieruit consequenties moeten trekken. Zo moeten voorlichters zelf contact met de doelgroep leggen, moet de voorlichter in opleiding en taalgebruik niet teveel van de doelgroep verschillen en moet de boodschap die wordt overgebracht voor de doelgroep relevant zijn. Maar de vraag blijft of juist dit laatste – de boodschap moet voor de doelgroep relevant zijn – de lokaal gezondheidsbeleid al niet bij voorbaat kansloos maakt. Immers de bedoelde achterstandsgroepen hebben meestal andere prioriteiten dan gezondheid. Achterstandsgroepen hebben veelal geen cultuur van gezondheid die gericht is op investeren in een goede gezondheid voor nu en in de toekomst. De bevolking van de oude stadswijken bestaat voor het overgrote deel niet uit groepen die leven vanuit de hiërarchische cultuur van gezondheid waarop de aanpak van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is gebaseerd, maar uit laaggeschoolden, werklozen, migranten en randgroepen die eerder leven vanuit egalitaire, individualistische of fatalistische culturen van gezondheid. Wat moet een migrant met een typisch Nederlands appel op een gezonde leefwijze? Of een junk met de boodschap dat roken ongezond is?

Een vierde voorwaarde die hieruit volgt is het hanteren van een brede definitie van gezondheid. Het model van gezondheidsdeterminanten van Lalonde (1974) werkt met een dergelijke brede definitie van gezondheid en biedt enige uitweg uit het probleem van een moeilijke aansluiting bij achterstandsgroepen. Gezondheid wordt in dat model niet alleen bepaald door 'klassieke' determinanten als erfelijkheid, gezondheidszorg, en leefwijze, maar ook de fysieke en de sociale omgeving zijn factoren die invloed hebben op gezondheid. Het onderbrengen van die twee elementen in een determinantenmodel voor gezondheid schept de mogelijkheid om in beleid gelijktijdig zowel de gezondheid te bevorderen, als te werken aan verlichting van de achterstandsproblematiek zelf. Beleid dat gericht is op concrete en voor de groep herkenbare zaken zoals het voorkómen van sociaal isolement bij achterstandsgroepen, de bestrijding van overlast in stadsbuurten, de verbetering van de woonomgeving of het bereikbaar maken van taalonderwijs aan migranten, is met behulp van het determinantenmodel te beschouwen als onderdeel van gezondheidsbeleid. De boodschap 'eet gezond' maakt daarentegen grote kans door achterstandsgroepen als weinig relevant geacht te worden. Er is veel voor te zeggen een omweg te bewandelen en beleid te richten op factoren die door die groepen zelf als problematisch worden ervaren en die tevens een bijdrage aan de verbetering van de gezondheidssituatie van deze groepen kunnen leveren. De basis van zulk gezondheidsbeleid is onderzoek naar de leefomstandigheden en de cultuur van gezondheid van degenen op wie het beleid zich richt.

Een vijfde voorwaarde betreft het schaalniveau. Het blijkt dat men geen overspannen

verwachtingen van bevolkingsparticipatie bij lokaal gezondheidsbeleid moet hebben. Wanneer een gezondheidsproject 'van buitenaf' door professionals in een wijk wordt ingebracht zal in veel gevallen het niveau van consultatie het hoogst bereikbare zijn. Er wordt een redelijk niveau van participatie bereikt wanneer wijkbewoners zich op de een of de andere manier uitlaten over een gezondheidsproject. Consultatie zal in veel gevallen in de evaluatie-fase plaatsvinden. Wellicht kunnen enkelen zich bijvoorbeeld via een bestuur of projectgroep op niveau van partnerschap of gedelegeerd macht aan een project verbinden. Wanneer professionals aansluiten bij bestaande (gezondheids)initiatieven in een wijk ligt de situatie uiteraard anders. Het is dan zaak geen initiatieven uit handen te nemen en het hoge niveau van participatie te handhaven. Daarbij is de keuze voor maximaal een wijk of buurt als schaalniveau, gecombineerd met een gerichtheid op een specifieke groep een reële voorwaarde. Een stadsdeel of deelgemeente is als schaalniveau te groot en te ongedifferentieerd.

Een zesde voorwaarde tenslotte heeft betrekking op het streven medicalisering te vermijden. Lokaal gezondheidsbeleid heeft ontegenzeggelijk aspecten in zich van medicalisering en disciplineren. Problemen in stadsbuurten die eerst politiek gedefinieerd werden: slechte huizen, gevaarlijk en vermoeiend werk, gering opleidingsniveau, werkeloosheid, overlast van vandalisme, criminaliteit of burens, worden nu als gezondheidsproblemen benoemd. Natuurlijk is het zo dat een kwestie als bijvoorbeeld onveiligheid en criminaliteit in een buurt gezondheidsbedreigende aspecten heeft, maar het is de vraag of dat probleem niet in eerste instantie een maatschappelijke kwestie is, die te maken heeft met de woon- en leefomgeving en sociale controle, in plaats van een gezondheidsprobleem. Zulke problemen winnen, wanneer ze als gezondheidskwesties worden gedefinieerd, niet bij voorbaat aan helderheid. Aan de andere kant kan de ingang 'gezondheid' juist een motor zijn om zaken in een buurt aan de orde te stellen en aan te pakken. Daarvan zijn in het voorgaande voorbeelden getoond. Lokaal gezondheidsbeleid kan, gezien als een tegenbeweging rond gezondheid, een manier zijn om gezondheid in een nieuw en minder individualiserend kader te definiëren. Het biedt dus perspectieven als een niet-individuele interpretatie van gezondheid en doet recht aan de sociale en fysieke context waarin gezondheid en ziekte ontstaan.

Van de-medicalisering kan sprake zijn wanneer de zogenaamde objectieve categorieën ziek en gezond publiekelijk ter discussie staan. Het betekent dat naast het professionele, objectieve aspect ook het normatieve en subjectieve aspect erkend wordt. Het normatieve aspect wordt vertegenwoordigd door de politiek, het subjectieve aspect door leken. Vertaald naar lokaal gezondheidsbeleid veronderstelt een niet-medicaliserend ontwerp een gelijkwaardige inbreng van professionals, politiek en leken in ontwerp, uitvoering en evaluatie van projecten. Wanneer mensen vanuit de eigen ideeën en leefwereld werkelijk medezeggenschap hebben in gezondheidsprojecten kan er sprake zijn van een tegenbeweging tegen medicalisering.

7.6 Slot

In het eindrapport van het vijfjaren-programma bepleit de Commissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen — naast monitoring van gezondheidsverschillen en lange termijn onderzoek — onderzoek naar het effect van maatregelen om gezondheidsverschillen te verkleinen. Doel van zulk onderzoek is: *'het systematisch opdoen van ervaring met interventies op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen, inclusief de daarvoor vereiste randvoorwaarden'* (Programmacommissie SEGV 1994:29). Het vervolgprogramma zou optimale ondersteuning moeten geven voor lokaal en landelijk beleid rond sociaal-economische gezondheidsverschillen en zou de daarin opgedane ervaring zo goed mogelijk moeten evalueren. Projecten en activiteiten die gezondheidsverschillen beogen te verkleinen dienen volgens de Commissie in ieder geval informatie te geven over de resultaten en over wat de beste aanpak is om de gestelde doelen te bereiken. De commissie constateert dat er van de kant van beleidsmatig of praktisch betrokkenen behoefte is aan systematische informatie over het resultaat van alle inspanningen. Het tweede vijfjaren-programma zou een methodologische en praktische ondersteuning kunnen geven bij de procesevaluatie en effectmeting. Prioriteit is het ontwikkelen van een bruikbaar evaluatie-instrumentarium. Vooral projecten in de grote steden worden daarbij belangrijk genoemd. Gepleit wordt dit te doen in samenwerking met projectleiders en andere deskundigen rond het Gezonde Stedenproject en rond het beleid sociale vernieuwing. De commissie verwacht dat de behoefte aan beleidsonderbouwende informatie op het terrein van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de komende jaren alleen maar zal toenemen onder invloed van de problematiek van de sociale zekerheid, de stelselherziening, de werkgelegenheid en de toenemende ziektelast als gevolg van chronische ziekten (Commissie SEGV 1994:31).

Deze systematische ervaring met lokale gezondheidsprojecten is tot nu toe niet voorhanden. Zoals bleek uit deze studie zijn er een flink aantal losse evaluaties van projecten, maar deze zijn qua opzet onvoldoende onderling vergelijkbaar en meestal kwalitatief van opzet. Zo zijn er vanuit Gezonde Stad Rotterdam een aantal afzonderlijke projectbeschrijvingen gemaakt en een evaluatie van het interne beleid (Lipman 1993). Maar er bestaat echter geen beschouwing van de effecten van Gezonde Stad als geheel en geen doordenking van de oorspronkelijke doelen. Amsterdam heeft op het niveau van het project Westerpark wel een dergelijke (kwalitatieve) evaluatie (De Ceuninck van Capelle et al. 1994). De twee wijkprojecten in Den Haag zijn enkel op vrij theoretisch niveau beschreven door Nijhuis (1994a). Het Voedingsproject in Utrecht heeft als enige zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve eindevaluatie. Het opdoen van ervaring in een wijkgericht gezondheidsproject is er gecombineerd met een kwantitatieve effectmeting en een gedegen kwalitatieve evaluatie waarin veel knelpunten en vragen aan de orde worden gesteld. Om vooruitgang te boeken in de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid zijn solide opgezette kwalitatieve en kwantitatieve evaluaties nodig met oog voor zowel de bedoelde als de onbedoelde effecten van beleid. Zowel de continua die in deze studie rond de beoogde doelstellingen van lokaal gezondheidsbeleid ontworpen zijn, als de ontwikkelde noties rond disciplineren, emancipatie, gezondheidskapitaal en culturen van gezondheid kunnen daarin een rol spelen.

Lokaal gezondheidsbeleid heeft, mits onder goede voorwaarden uitgevoerd, interessante doelstellingen en is als experimenteerruimte van belang. Indien lokale gezondheidsprojecten

de sociale gezondheidsverschillen meetbaar kunnen verkleinen en vooral als er op grond van voortdurend besef van het bestaan van uiteenlopende leefomstandigheden en culturen van gezondheid een goede invulling aan bevolkingsparticipatie gegeven kan worden, kan het huidige lokale gezondheidsbeleid uitgroeien tot een volwaardige moderne opvolger van de beweging van de hygiënisten uit de negentiende eeuw en kan het een actieve rol spelen in succesvol anti-armoedebeleid in de grote steden. Een perspectief op gezonde stadsgezichten in de eenentwintigste eeuw.