

Inhoud, ontwikkeling en gebruik van een wijkgezondheidsprofiel

GGD

Yvonne Bakx (3339041)

Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken
Universiteit Utrecht aan de Faculteit Sociale Wetenschappen

Thesisbegeleider: Monique van Londen

April 2014

Abstract

Objective: In 2013, the Regional Health Service (RSH) GGD A was asked by the municipality of D. to develop community health assessments (CHA's) for the youth in three areas. Earlier, the RSH's GGD B en GGD C had developed CHA's. This study aims to describe to development of CHA's and their use for policy and practice by researching the three examples.

Methods: The development and results of the CHA's of the RSH GGD A was researched by analyzing documents. To obtain further information on the areas semi-structured interviews were held with eight (health) professionals and one resident. To gain information on the CHA's of the RSH's GGD B en GGD C, two semi-structured interviews were held with researchers of the RSH's.

Results: The content of a CHA can differ depending on availability of information and the needs of potential users. A CHA is used to gain insight and to set priorities for health prevention and promotion policies and services.

Conclusion: Interaction between not only researchers and policy makers, but also with health professionals, potential users and other stakeholders is important for the development of CHA's and the use of its results in policy and practice.

Keywords: Regional Health Service, community health assessment, research, policy, practice, youth.

Samenvatting

Aanleiding: De GGD A kreeg in 2013 opdracht van de Gemeente D. om een wijkgezondheidsprofiel jeugd te ontwikkelen. Eerder zijn door onder meer de GGD B en GGD C wijkgezondheidsprofielen ontwikkeld. Deze thesis richt zich op de inhoud, de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen.

Methode: Door middel van documentanalyse zijn de ontwikkeling en uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A onderzocht. Ook zijn er semigestructureerde interviews met acht (gezondheids-)professionals en een bewoner gehouden. Daarnaast zijn er twee semigestructureerde interviews met onderzoekers van de GGD B en GGD C gehouden over de inhoud, ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen.

Resultaten: De inhoud van een wijkgezondheidsprofiel is verschillend, afhankelijk van beschikbaarheid en informatiebehoefte bij potentiële gebruikers. Een wijkgezondheidsprofiel wordt gebruikt om inzicht te krijgen in de omvang van problematiek, om het gesprek aan te gaan en prioriteiten voor aanpak en beleid te stellen.

Conclusie: Interactie tussen onderzoekers en beleidsmedewerkers, maar ook met gezondheidsprofessionals, potentiële gebruikers en overige stakeholders is belangrijk voor de ontwikkeling van een wijkgezondheidsprofiel en het gebruik van de onderzoeksresultaten.

Sleutelwoorden: Gemeentelijke Gezondheidsdienst, wijkgezondheidsprofiel, onderzoek, beleid, praktijk, jeugd.

Inleiding

In 2013 kreeg de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) A opdracht van de Gemeente D. om een wijkgezondheidsprofiel te ontwikkelen om de situatie van de jeugd van nul tot 23 jaar in drie wijken in D. in kaart te brengen. Eerder zijn door onder meer GGD B en GGD C wijkgezondheidsprofielen ontwikkeld.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) publiceert elke vier jaar een nationale Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV). Hierin wordt de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland beschreven. Naar aanleiding van de VTV stelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de belangrijkste beleidsprioriteiten op het gebied van gezondheid vast (RIVM, jl.). De wet publieke gezondheid (Wpg) verplicht gemeenten een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid op te stellen en maakt gemeenten verantwoordelijk voor de algemene gezondheidsbevorderingstaken. De GGD voert taken op het gebied van gezondheidsbevordering uit. Daarbij stelt de GGD in de meeste regio's ook beleidsadviezen voor gemeenten op met prioriteiten voor het lokale en/of regionale beleid op basis van epidemiologische onderzoeksgegevens en de landelijke aanbevelingen (RIVM, 2014a). Epidemiologisch onderzoek geeft een overzicht van het voorkomen en de verdeling van ziekten en aan gezondheid gerelateerde factoren over de bevolking (Moritsugu, Vera, Wong & Duffy, 2013). Recent is er veel aandacht voor wijkgerichte gezondheidsbevordering, die zich voornamelijk op aandachtswijken richt. Het gaat om wijken met een minder gunstige sociale en fysieke omgeving, met inwoners met een lage sociaal economische status en gezondheidsachterstanden (RIVM, 2014b). Een wijkgezondheidsprofiel kan inzichtelijk maken voor een gemeente welke wijken of gebieden te maken hebben met een stapeling van gezondheidsproblemen of hogere zorgkosten (RIVM, 2014c). Een wijkgezondheidsprofiel is gebaseerd op gegevens die beschikbaar zijn op wijk- of postcodeniveau of op cijfers die voor de wijk geschat kunnen worden. Het profiel bevat gegevens over gezondheid en hiermee samenhangende factoren, zoals leefstijl, sociale en fysieke leefomgeving, voorzieningen en activiteiten in de buurt, zorggebruik en demografische gegevens (RIVM, 2014c). Een wijkgezondheidsprofiel “geeft input om met partners en bewoners in gesprek te gaan over wat er speelt in de wijk, prioriteiten en mogelijke oplossingen.” “Het profiel biedt een basis om gezamenlijk prioriteiten te stellen en deze bij een specifieke doelgroep aan te pakken.” (RIVM, 2014d).

De ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen is een recente ontwikkeling. In deze thesis staat de vraag “Welke factoren spelen een rol bij de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen?” centraal. Hierbij zal de inhoud, het proces van ontwikkeling en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A beschreven worden en worden vergeleken met de inhoud, het proces en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD B en GGD C. Tevens zullen de uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen van de drie wijken in D. weergegeven worden.

Literatuurachtergrond

Volksgezondheid

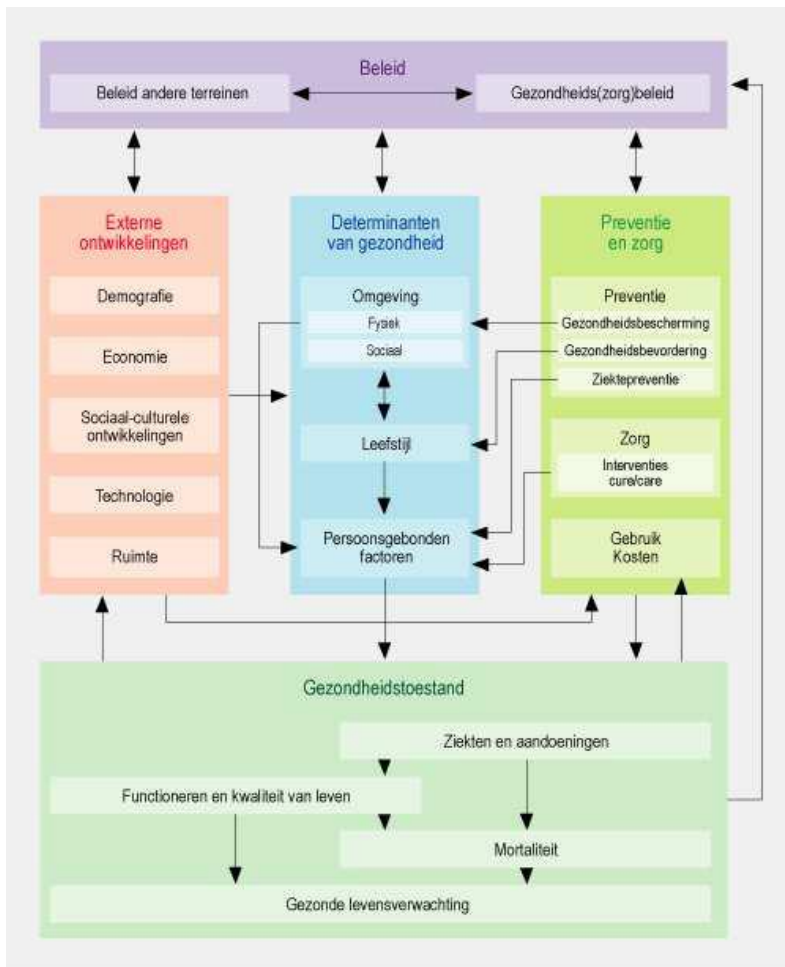
Gezondheid is een breed begrip. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert gezondheid als ‘een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of een gebrek’ (Smid, 2013). Voor mensen zelf heeft gezondheid twee dimensies: actief kunnen zijn en je goed voelen (Kooiker, 2011). Er zijn grote ongelijkheden in de gezondheidstoestanden van mensen. Tussen landen wereldwijd, maar ook binnen landen (WHO, 2007). Met de volksgezondheid in Nederland gaat het redelijk goed, wordt gesteld in de VTV 2010. Maar ook in Nederland is er bijvoorbeeld een groot verschil tussen de levensverwachting van lager en hogere opgeleiden (Van der Lucht & Polder, 2010).

Gezondheidsmodel RIVM

Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren. Het RIVM geeft in het model voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (zie Figuur 1) de verschillende factoren weer die invloed hebben op de volksgezondheid, waaronder gezondheidsdeterminanten, externe ontwikkelingen, beleid, zorg/preventie en hun interacties (Koelen & Van den Ban, 2004). Het model is gebaseerd op het ‘Health Field Concept’ van LaLonde (LaLonde, 1974). Het model van LaLonde is tevens de basis van de door de GGD uitgevoerde gezondheidsmonitoren. In de monitor wordt naar de verschillende gezondheidsdeterminanten gevraagd. Deze monitoren kunnen een belangrijke bron zijn voor een wijkgezondheidsprofiel (RIVM, 2014e).

Het beleid op het gebied van gezondheidszorg, maar ook het beleid op andere beleidsterreinen heeft invloed op de gezondheidstoestand. Hiernaast hebben externe ontwikkelingen als demografische, economische en sociaal-culturele ontwikkelingen invloed. Wat betreft gezondheidsdeterminanten zijn drie groepen te onderscheiden: sociale en fysieke omgevingsfactoren, persoonsgebonden factoren en gedrag, ofwel leefstijl. Voorbeelden hiervan zijn het gezin, vrienden, voorzieningen in de omgeving of lichamelijke activiteit en middelengebruik en genetische of biologische aanleg voor bijvoorbeeld (erfelijke) ziekten of aandoeningen. Naast de gezondheidsdeterminanten staan zorg en preventie. Tot slot worden ziekte/aandoeningen, mortaliteit, levensverwachting, functioneren en kwaliteit van leven als indicierend voor de gezondheidstoestand gezien (Koelen & Van den Ban, 2004).

De groepen determinanten (gedrag, omgeving en persoonsgebonden factoren) beïnvloeden niet alleen de gezondheidstoestand, maar ook elkaar. Deze determinanten worden op hun beurt beïnvloed door externe ontwikkelingen, beleid en preventie en zorg. Preventie en zorg hebben wederkerige interactie met beleid en met de gezondheidstoestand en worden beïnvloed door externe ontwikkelingen. Beleid en externe ontwikkelingen beïnvloeden elkaar wederkerig. De gezondheidstoestand heeft als laatste invloed op het beleid en op externe ontwikkelingen (Koelen & Van den Ban, 2004).



Figuur 1: Conceptueel model van de Volksgezondheid Toekomstverkenning (De Hollander, Hoeymans, Melse, Van Oers & Polder, 2007).

Risicofactoren voor de jeugd

In plaats van gezondheidsdeterminanten, die invloed hebben op de gezondheidstoestand kan ook gesproken worden over risicofactoren die de gezondheid beïnvloeden. Deze scriptie zal zich hierbij richten op de jeugd. Risicofactoren zijn te definiëren als kenmerken van kinderen of ouders, een omstandigheid of een gebeurtenis waarvan is aangetoond dat een verband bestaat met latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten (Bakker, Bakker, Van Dijke & Terpstra, 1997). Risicofactoren zijn onder te verdelen in drie niveaus microniveau, mesoniveau en macroniveau (Bronfenbrenner, 1979). Kindfactoren, ouderfactoren en gezinsfactoren zijn factoren die op microniveau een rol spelen. Op mesoniveau gaat het om sociale gezinsfactoren en sociale buurtfactoren en op macroniveau worden sociaaleconomische gezinsfactoren, culturele factoren en maatschappelijke factoren onderscheiden (Bakker et al, 1997). Er zijn een aantal risicofactoren bekend.

Microniveau.

Geslacht. In vergelijking met jongens hebben meisjes minder vaak overgewicht, zowel in Nederland als in andere landen (Van Dorsselaer et al., 2010; Haug et al., 2009; Currie et al., 2012). Meisjes in het

voortgezet onderwijs eten over het algemeen gezonder, maar bewegen en sporten minder vaak dan jongens. Wel hebben meisjes meer emotionele problemen dan jongens en in de loop van de adolescentie neemt dit sekseverschil toe (Van Dorsselaer et al., 2010). Jongens geven ook vaker dan meisjes aan alcohol te drinken, te roken of cannabis te gebruiken (Currie et al., 2012).

Onderwijsniveau. Jongeren die lagere opleidingsniveaus volgen bewegen en sporten minder vaak dan leerlingen van hogere opleidingsniveaus. Daarnaast roken en drinken deze leerlingen meer en vaker (Van Dorsselaer et al., 2010). VMBO leerlingen vertonen ook vaker meerdere ongezonde gedragingen en emotionele en gedragsproblemen, vooral in vergelijking met Vwo-leerlingen (Zeijl, Van Dorsselaer, Vollebergh & Ter Bogt, 2008).

Leefstijl. Niet ontbijten en inactiviteit zijn sterk geassocieerd met overgewicht onder 11-15 jarigen (Haug et al., 2009). Er is een sterke samenhang tussen roken, cannabisgebruik en alcoholgebruik onder jongeren. Jongeren die roken of alcohol drinken gebruiken vaker cannabis dan niet rokende en/of drinkende jongeren. Jongeren die alcohol drinken hebben ook grotere kans om te gaan roken dan jongeren van dezelfde leeftijd die geen alcohol drinken (Zeijl et al., 2008).

Gezinssamenstelling. Er is vaker sprake van opvoedproblemen bij eenoudergezinnen met kinderen tot en met 12 jaar (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005). Jongeren uit onvolledige gezinnen eten in het algemeen ongezonder en bewegen en sporten minder vaak dan jongeren uit volledige gezinnen (Van Dorsselaer et al., 2010; Hildebrandt, Ooijendijk & Hopman-Rock, 2008). Jongeren uit onvolledige gezinnen roken ook meer tabak en cannabis in vergelijking met jongeren die bij beide ouders wonen (Van Dorsselaer et al., 2010). Daarbij is volgens Carlsund, Eriksson, Löfstedt en Sellström (2012) de kans dat jongeren van gescheiden ouders met gedeelde voogdij risicogedrag vertonen iets groter vergeleken met jongeren uit tweeoudergezinnen, maar lager vergeleken met jongeren uit eenoudergezinnen. Bovendien geven jongeren uit onvolledige gezinnen vaker aan psychosomatische klachten te hebben, rapporteren minder vaak een goede gezondheid te hebben en vaker een lager cijfer voor welbevinden (Van Dorsselaer et al., 2010).

Meso- en macroniveau.

Sociaal economische status. Kinderen uit een gezin met een inkomen onder de armoedegrens hebben vaker psychosociale problemen vergeleken met kinderen uit een gezin met een inkomen boven de armoedegrens. Daarnaast zijn deze kinderen minder vaak lid van vrijetijds- of sportvereniging (Zeijl et al., 2005). Jongeren uit minder welvarende gezinnen eten vaak ongezonder en bewegen en sporten minder vaak dan jongeren uit meer welvarende gezinnen (Van Dorsselaer et al., 2010). Scholieren uit de minst welvarende gezinnen lijden ook vaker aan psychosomatische klachten en scholieren uit de middelste welvaartscategorie zijn vaker te dik en minder gelukkig in vergelijking tot de meest welvarende leeftijdsgenoten (Van Dorsselaer et al., 2010).

Herkomst. Kinderen van niet-westerse afkomst zijn minder vaak lid van een vrijetijdsvereniging, zoals een sportvereniging, dan westerse kinderen. Ook komen bij Turkse,

Marokkaanse en andere niet-westerse kinderen vooral internaliserende problemen vaker voor dan bij westerse kinderen (Zeijl et al, 2005). Overgewicht en obesitas komen vaker voor bij niet-westerse allochtone jeugd (Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010; Van Dorsselaer et al., 2010). Autochtone jongeren ontbijten vaker dan allochtone leerlingen en bewegen en sporten ook meer dan allochtone leerlingen. Daarnaast geven allochtone jongeren vaker aan over een minder goede gezondheid te beschikken dan autochtone leerlingen (Van Dorsselaer et al., 2010).

Buurt. Verschillende factoren van de buurt hebben invloed op de ontwikkeling van gezondheid van kinderen. Zo is er een verband tussen een veronderstelde minder veilige buurt en een verhoogd risico voor overgewicht bij kinderen van 7 jaar (Lumeng, Appugliese, Cabral, Bradley & Zuckerman, 2006). Daarnaast is er een verband tussen een slechte fysieke en sociale staat van de buurt, met overlast, vandalisme en drugsgebruik en het vaker gebruiken van televisie en computer en computerspelletjes (Carson & Janssen, 2012). Sociale cohesie is gerelateerd aan een lager BMI bij kinderen (Veitch et al., 2012). De sociale kwaliteit van de buurt heeft een sterke invloed op het welzijn van de jongeren, ook wanneer er gecontroleerd wordt voor familiekenmerken (Curtis, Dooley & Phipps, 2004).

Criteria voor rapportage en gebruik van (epidemiologisch) onderzoek voor gezondheidsbeleid

Van Bon- Martens, Achterberg, Van de Goor en Van Oers (2011a) en Van Bon- Martens, Van de Goor, Achterberg en Van Oers (2011b) beschrijven een model voor rapportage over gezondheid op regionaal niveau gebaseerd op de nationale VTV. Het regionale gezondheidsrapport voor gemeenten bestaat uit een integrale analyse van bekende databestanden op lokaal, regionaal en nationaal niveau. Hier worden de belangrijkste boodschappen voor het lokale gezondheidsbeleid op gebaseerd (Van Bon-Martens et al., 2011b). Volgens epidemiologen, beleidsadviseurs van de GGD en beoogde gebruikers moet een gezondheidsrapport voornamelijk voldoen aan het geven van een richtlijn voor het zetten van prioriteiten wat betreft publieke gezondheid, inzicht geven in de huidige stand van zaken betreffende gezondheid in de gemeente en het moet kennis bevatten die bruikbaar is voor het maken van beleid (Van Bon-Martens et al., 2011a).

In een review vonden Myers en Stoto (2006) criteria voor de inhoud, format en impact van een *community health assessment*. Inhoudelijk moesten onder meer de belangrijkste aspecten van de gezondheid aan bod komen, er vergelijkingen zijn met andere populaties en een weergave van informatie zijn over relevante subgroepen. Betreffende de format moet onder andere de weergave consistent zijn, er zowel een kernachtige als gedetailleerde versie zijn, het zowel tekst als grafische weergaven bevatten van de belangrijkste bevindingen en openbaar beschikbaar zijn. Het onderzoek zou vooral moeten dienen als bron voor het prioriteren en plannen van services en richting moeten geven aan een afgestemde strategie voor promotie van gezondheid (Myers & Stoto, 2006).

Uit een case study van Laws en collega's (2013) bleek dat onderzoeksresultaten gebruikt worden voor agenda setting, ofwel het creëren van bewustzijn van het probleem, het identificeren van

doelgroepen en gebieden voor interventies, het ontwikkelen van nieuw beleid en het onderbouwen van bestaand beleid. Een aantal factoren bleek invloed te hebben op gebruik van de resultaten: de veronderstelde geloofwaardigheid van de resultaten, de gebruikte strategieën voor verspreiding van informatie en contextuele factoren als de politieke context, capaciteit en middelen en continuïteit en samenwerking tussen onderzoekers en gebruikers (Laws et al., 2013).

Interactie en communicatie tussen onderzoekers en mogelijke gebruikers van het onderzoek is een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van onderzoek (De Goede, Putters & Van Oers, 2012b). Op basis van een literatuurstudie onderscheiden De Goede, Putters, Van der Grinten en Van Oers (2010) vier factoren die een rol spelen bij het gebruik van onderzoek. Betreffende het proces gaat het om 'verwachting' en 'transfer'. Verwachting gaat om het bewustzijn van onderzoekers en beleidsmakers van elkaars niches. Onderzoekers hebben kennis nodig over het beleidsproces, mogelijkheden en beperkingen van onderzoek moeten helder zijn en actualiteit en timing van het onderzoek zijn belangrijk. Transfer betreft de manier waarop onderzoek wordt gecommuniceerd, de taal moet afgestemd zijn op de doelgroep en er kan worden gecommuniceerd via media. Op individueel niveau gaat het om 'acceptatie' en 'interpretatie'. Acceptatie is de perceptie van onderzoekers en beleidsmakers van de onderzoeksuitkomsten, of de gegevens betrouwbaar genoeg worden geacht en passen binnen de kennis en opvattingen. Interpretatie is de waarde die aan de uitkomsten wordt gegeven, of het belangrijk wordt geacht, wie verantwoordelijk wordt geacht en of er mogelijke oplossingen zijn. (De Goede et al., 2010, 2012b).

Onderzoek, waaronder epidemiologisch onderzoek, kan op verschillende manieren worden gebruikt: instrumenteel, conceptueel en symbolisch (De Goede et al., 2012b; Amara, Quimet & Landry, 2004). Instrumenteel gebruik houdt in dat er gericht wordt gehandeld naar aanleiding van het onderzoek. Bij conceptueel gebruik van onderzoek helpt onderzoek te komen tot een beter inzicht in een onderwerp. In het geval van symbolisch gebruik wordt onderzoek gebruikt ter rechtvaardiging van iets wat niet met de onderzoeksresultaten te maken heeft, ook wel politiek gebruik genoemd, of ter rechtvaardiging van niet-handelen omdat er onderzoek wordt gedaan, ofwel tactisch gebruik (De Goede et al., 2012b; Amara et al., 2004). De Goede, Van Bon- Martens, Mathijssen, Putters en Van Oers (2012a) concludeerden dat epidemiologisch onderzoek voornamelijk conceptueel werd gebruikt door beleidsmakers.

Samenvattend kan gesteld worden dat gezondheidsrapportages vooral inzicht in de gezondheidssituatie en aanwijzingen voor beleidsprioriteiten moeten geven en gebruikt kunnen worden om een probleem op de kaart te zetten. Interactie en communicatie tussen onderzoekers en beleidsmedewerkers over de onderzoeksresultaten en de veronderstelde geloofwaardigheid van het onderzoek zijn belangrijke voorwaarden voor het gebruik van onderzoeksresultaten voor beleid. Aan de hand van drie voorbeelden uit de praktijk is in dit onderzoek gekeken naar welke van deze en mogelijke andere factoren een rol spelen bij de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen.

Methode

De hoofdvraag van deze thesis luidt: “Welke factoren spelen een rol bij de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen?”. Hierbij worden achtereenvolgend de inhoud, het ontwikkelingsproces en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen onderzocht van:

- 1: GGD A;
- 2: GGD B;
- 3: GGD C.

In het eerste deel wordt beschreven hoe de wijkgezondheidsprofielen voor de gemeente D. bij de GGD A tot stand zijn gekomen. Er wordt ingegaan op het doel waarmee de wijkgezondheidsprofielen zijn ontwikkeld, de opzet van de wijkgezondheidsprofielen, de informatie die is opgenomen in de wijkgezondheidsprofielen en ervaren knelpunten bij de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen. Dit is onderzocht middels analyse van documenten, waaronder documenten van GGD A en de wijkgezondheidsprofielen (zie Bijlagen 3,4, 5 en 8). Daarnaast worden de uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen, ook wel de gezondheidssituatie van de jeugd van 0 tot 23 jaar in 3 wijken in D. beschreven. Het betreft de wijken 1, 2 en 3. Dit is onderzocht middels analyse van de drie wijkgezondheidsprofielen. De wijkgezondheidsprofielen zijn het resultaat van data-analyse met behulp van Microsoft Excel van gegevens van de gemeente D. en overige partners. Hierbij is onder meer gekeken naar gegevens over de bekende risicofactoren. Aanvullend op de data-analyse zijn interviews gehouden met 8 verschillende uitvoerders in de desbetreffende wijken, waaronder medewerkers van de jeugdgezondheidszorg, welzijnswerk, onderwijs en het Sportbedrijf, en een bewoonster van een van de wijken. De interviews duurden 40-60 minuten en zijn na transcriptie geanalyseerd met behulp van QSR Nvivo 10. Bij de interviews is gebruik gemaakt van een topic-lijst (zie Bijlage 1).

In het tweede en derde deel worden de inhoud, het proces van ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen zoals die worden uitgevoerd door GGD B en de GGD C beschreven. Hiervoor zijn interviews gehouden met 1 onderzoeker van de GGD C en 2 onderzoekers van GGD B. De interviews duurden ongeveer 60 minuten en zijn na transcriptie geanalyseerd met behulp van QSR Nvivo 10. Bij de interviews is gebruik gemaakt van een topic-lijst (zie Bijlage 2). Daarnaast zijn documenten, rapportages van wijkgezondheidsprofielen van GGD B en GGD C bekeken. Er zal uiteindelijk een vergelijking worden gemaakt tussen de inhoud, het proces en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD-en.

Resultaten

I. GGD A

Inhoud.

Het begrip gezondheid is in het kader van de wijkgezondheidsprofielen jeugd voor de gemeente D. breed opgevat. Uitgangspunt zijn de verschillende leefgebieden van de jeugd van 0 tot en met 23 jaar, namelijk: woon- en leefsituatie, financiën, sociale relaties, onderwijs, vrije tijd, leefstijl, gezondheid en zorg en hulpverlening. De leefgebieden zijn gebaseerd op de onderdelen zoals ze voorkomen in de hulpverlening. Deze leefgebieden worden besproken na een algemene beschrijving en een beschrijving van de demografische samenstelling van de wijk. Tot slot wordt in een beknopte conclusie het algemene beeld van de wijk beschreven. Het profiel krijgt vorm in een uitgebreid rapport waarin alle genoemde onderwerpen aan bod komen. Ter verduidelijking zijn grafieken, figuren en tabellen toegevoegd. Startpunt bij de opzet van de Wijkgezondheidsprofielen Jeugd waren de monitor Jeugd in Beeld van de gemeente D. en de Kinder- en Jongerenmonitoren van de GGD A. Voor het wijkgezondheidsprofiel is gebruik gemaakt van gegevens van de gemeente D., GGD A, Bureau Jeugdzorg, een zorgverzekeraar, een instelling voor verslavingszorg en een onderwijskoepel. Om aanvullende, kwalitatieve informatie over de wijken van de verschillende uitvoerders te krijgen zijn voor de pilot acht sleutelinformanten benaderd voor een interview. Deze professionals representeren de uitvoerders van de verschillende velden: welzijnswerkers, medewerkers van de jeugdgezondheidszorg, het Sportbedrijf en een basisschool. De belangrijkste conclusies uit de interviews worden kernachtig weergegeven in kaders bij de verschillende onderwerpen in de profielen.

Wijk 1

Wijk 1 is een wijk met relatief veel niet-westerse allochtone inwoners (zie Bijlage 3). Er zijn ten opzichte van D. veel eengezinshuishoudens en de huishoudens hebben een lager gemiddeld besteedbaar inkomen (GBI). Daarnaast volgen relatief veel jongeren lagere onderwijsniveaus. De wijk scoort hoog als het gaat om geweldsdelicten, vandalisme en misdrijven. Er zijn gezien de bevolkingssamenstelling veel jongeren die alcohol drinken, roken en drugs gebruiken. Het aantal jongeren in behandeling voor verslaving is hoog.

Wijkomschrijving. Professionals omschrijven Wijk 1 als een risicowijk, ofwel wijk waar extra aandacht naar uit gaat. Kenmerkend voor Wijk 1 is volgens professionals de grote allochtone populatie en verpauperde buurten. Daarnaast is de afgelopen jaren ingezet op herstructurering van het gebied, er is bijvoorbeeld een stuk nieuwbouw in de buurt.

Problematiek. Meerdere keren refereren professionals naar een bepaalde buurt waar sprake is van drugsoverlast. ‘Schoon, heel en veilig’ is een belangrijk thema in de wijk. Welzijnswerkers stellen dat

er veel gezinnen zijn waar meervoudige problematiek speelt, waaronder financiële problematiek. Jongerenwerkers zien veel, oudere, jongeren die maatschappelijk uitvallen, geen diploma hebben, geen opleiding volgen of geen werk hebben en op straat hangen. Dit wordt in verband gebracht met de slechtere thuissituatie.

Een medewerker van jeugdgezondheidszorg noemt obesitas en overgewicht als belangrijk probleem in de wijk. Daarnaast zijn er ook positieve ontwikkelingen gaande in de wijk en noemen professionals dat de herstructurering de wijk goed heeft gedaan.

Behoeften. Jongerenwerkers stellen dat het belangrijk is dat de jongeren een onderkomen hebben:

“Nou goed als er geen voorzieningen komen, accommodaties, dan komen er steeds meer overlast meldingen van aanvaardbaar tot crimineel zeg maar.”

Activiteiten. Het Jongerenwerk is wekelijks in de wijk met een mobiele ontmoetingsplek en organiseert daarnaast overige activiteiten, bijvoorbeeld om jong en oud samen te brengen. De ontmoetingsplek wordt al jarenlang door een vaste kern jongeren bezocht. In dit kader wordt ook over het project Coach actief gesproken:

“We werken hier met jongens ja boven de 16, 16+, die dus een jongere doelgroep begeleidt. ... Daarvan halen wij veel jongens uit onze doelgroep waar wij nu al een geschiedenis mee hebben. Het feit dat dat positief natuurlijk ontwikkelt, ja dat spreekt voor zich omdat je iemand vraagt coach te zijn, die zich inderdaad als hulpbron gaan gedragen voor kleinere jongens.”

Ook over het project Buurtcoach wordt positief gesproken, waar een ‘coach’ regelmatig aanwezig is in de wijk om met mensen te praten en ze door te verwijzen naar instanties als het nodig is. Daarnaast is er vanuit het project Wijk 1 Beweegt aandacht voor het ‘beweegvriendelijker’ maken van de omgeving.

Wijk 2

Wijk 2 is een jonge wijk, het aantal inwoners in de leeftijd van 0-24 is groot (zie Bijlage 4). Er wonen relatief weinig allochtonen. Er zijn weinig eengezinshuishoudens en de GBI's van de gezinnen zijn relatief hoog. Er volgen relatief veel jongeren hogere onderwijsniveaus. Er zijn gezien de bevolkingssamenstelling weinig jongeren die alcohol drinken of drugs gebruiken.

Wijkomschrijving. De wijk wordt omschreven als een typische nieuwbouwwijk en een jonge wijk met veel jonge gezinnen en jonge kinderen, hoewel de grootste geboortegolf voorbij is. Over de sociale samenstelling van de wijk zegt een professional:

“Laat ik het zo zeggen, toen de wijk gebouwd werd ... in eerste instantie zaten er mensen met hogere inkomens, meer opleiding ... en we merken de laatste 4, 5 jaar dat er ook meer sociale woningbouw is, meer starterswoningen en dat zeg maar de sociale samenstelling van de wijk een beetje in balans komt”.

Het gaat in dit geval ook om mensen uit de herstructurering wijken van D., die (tijdelijk) naar de nieuwbouwwijk zijn verhuisd.

Problematiek. De rotondes van de ringweg die door de wijk loopt worden als zeer onveilig aangemerkt. De laatste tijd wordt meer overlast rond het winkelplein waargenomen. Over problemen met de opvoeding vertelt een medewerker van de jeugdgezondheidszorg dat veel ouders tweeverdieners zijn en goed moeten plannen om alles te kunnen regelen om de kinderen bijvoorbeeld naar de sportvereniging te kunnen brengen en dat ouders soms hoge verwachtingen hebben van kinderen. Over de veranderende sociale samenstelling zegt een jongerenwerker:

“Je merkt ook gewoon ... dat twee verschillende werelden bij elkaar zitten. De gezinssituatie ook heel anders is en daar bedoel ik mee te zeggen ... die zijn met een hele andere mentaliteit en met waarden en normen opgegroeid en dat merk je ook aan het gedrag van de kinderen”.

Behoeften. Het grote aantal kinderen heeft gevolgen voor de toekomst:

“Ik ... weet niet wat voor gevolgen dat heeft voor de hangjongeren. Nou ja de scholen zullen daar minder groot gaan worden, ouders krijgen te maken met andere problematiek dan dat ze nu hebben.”

Meerdere respondenten vertellen dat er eigenlijk weinig voorzieningen in de wijk zijn voor jongeren.

Een medewerker van een van de basisscholen vertelt over de Brede School:

“Je kan je voorstellen dat je als jij voor tweeduizend basisschoolkinderen een idee hebt voor die kinderen en de ouders dat de scholen en met alles dat er omheen zit, dat dat het centrum is waar ze heel veel kunnen halen en dat je na school net zo goed met opvoedingsvragen terecht kan op een duidelijke plek, maar dat er ook voor kinderen creatieve workshops zijn of sport is of beweging of een gezondheidsprogramma of weet ik wat.. ... En het blijft er hangen op subsidie voor activiteiten, als die er al is, en niet op een van beneden af betrokken manier. ... En eigenlijk zou je bij zo'n wijk waar je kan zien hoe veel kinderen er zitten, ook in wat voor leeftijdsfase ze komen, zou je had je dat eigenlijk al heel lang veel beter moeten maken.”

Activiteiten. Op meerdere scholen in de wijk wordt gewerkt met Kanjertrainingen voor kinderen en ouders. Een ouder in de wijk vertelt dat dit op de school van de dochter ook gebeurde en ervaart dit als positief.

Wijk 3

Wijk 3 is betreffende het aantal jongeren en de allochtone populatie en het aantal eengezinshuishoudens een afspiegeling van D. (zie Bijlage 5). Wel is het GBI van de gezinnen iets lager ten opzichte van D. en volgen relatief veel jongeren lagere onderwijsniveaus. Het aantal 5 en 6-jarigen met overgewicht, volgens registraties van de jeugdgezondheidszorg, is hoog vergeleken met D.

Wijkomschrijving. Het woord dat wordt gebruikt om de wijk te omschrijven is ‘gemêleerd’, het wordt ook een diverse wijk genoemd.

“Wijk 3 is echt gemêleerd, van de (straatnaam) als je daar langs rijdt daar zie je inderdaad de grote herenhuizen met de grote auto's en daar zit een rijke populatie. Maar als je dan een paar straten afslaat, dan zie je de kleinere woningen waar ook de gezinnen armoede kennen.”

Problematiek. Er wordt door meerdere professionals een buurt aangemerkt waar drugsproblematiek speelt. Problematiek rond overgewicht en obesitas spelen in deze wijk ook een rol, vertellen medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Betreffende de basisscholen in de wijk wordt het volgende gezegd:

“De ouders maken een bepaalde selectie uit die scholen. Dus die scholen weerspiegelen dan verschillende populaties in de wijk. Op de Montessori zitten bijvoorbeeld minder, veel minder allochtonen dan op een C.W.-school. En de C.W.-School is een openbare school. ... Op de C.W.-school, daar weet ik van de verpleegkundige dat er dus bijvoorbeeld meer psychosociale problematiek of gezinsproblematiek speelt dan op een Montessori.”

Behoeften. Een medewerker van de jeugdgezondheidszorg stelt dat wat laagdrempelige opvoedondersteuning en meer contacturen veel ouders zouden kunnen helpen.

Activiteiten. Vanuit de Brede School is veel aandacht voor het gedrag met Code Z:

“Het Code Z verhaal dat staat eigenlijk voor de veilige buurt zeg maar, algemeen genomen eventjes. En het onderdeel sportiviteit dat neem ik, of dat neemt Sportbedrijf voor zijn rekening. Dat betekent dat ik bij elke activiteit die ik doe iets van sportiviteit of respect terug laat komen. Dan kun je denken aan handjes schudden voor de gymles, maar meestal is dat niet zo. Het kan ook zijn van wees maar eens een keer scheidsrechter tijdens voetbal zodat je weet wat het is om scheidsrechter te zijn.”

Proces.

In 2013 zijn drie wijkgezondheidsprofielen ontwikkeld als pilot. Deze wijken zijn gekozen omdat het aandachtswijken zijn voor de gemeente en ook omdat het wijken met veel jeugd zijn. Tijdens de pilot zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen. Sommige informatie kon niet op wijkniveau worden geleverd en soms zaten er beperkingen aan de informatie die beschikbaar was.

Betreffende de gegevens uit de GGD Kindermonitor 2009 en de Jongerenmonitor 2011 waren geen cijfers op wijkniveau beschikbaar. De deelname van inwoners uit de betreffende wijken aan de originele steekproef van de monitor was te gering om deze gegevens voor het onderzoek te kunnen gebruiken. Daarom is voor nu gebruikt gemaakt van geëxtrapoleerde cijfers, over onder andere leefstijlfactoren, op basis van de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht in de wijken. Met het trekken van conclusies op basis van deze cijfers moet men, gezien de betrouwbaarheid van geëxtrapoleerde cijfers, zeer voorzichtig zijn. Daarom zijn in de wijkgezondheidsprofielen bij de onderwerpen uit de monitoren géén percentages genoemd.

Ook waren niet alle gegevens beschikbaar op basis van de gekozen wijkindeling. Via de gemeente is informatie verkregen over de veiligheid in de wijken aan de hand op basis van gegevens van de politie. Het overzicht was gebaseerd op een enigszins andere wijkindeling dan gekozen voor de

pilot, maar deze is wel overeenkomstig met de huidige wijkindeling van de gemeente. Daarnaast zijn gegevens uit bewonersonderzoek van de gemeente betreffende de buurtkwaliteit in de wijkgezondheidsprofielen opgenomen. Bij het onderzoek was uitgegaan van de oude wijkindeling van de gemeente, waardoor één van de wijken een iets ander gebied besloeg. Voor de toekomst zal het naar verwachting in overeenstemming zijn met de nieuwe wijkindeling. Van Bureau Jeugdzorg zijn gegevens over cliënt trajecten verkregen, waaronder: aanmeldingen bij Toegang, het aantal onder toezichtstellingen (OTS), reclasseringstrajecten en meldingen bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Deze gegevens konden geleverd worden op basis van de CBS-wijkindeling, een andere wijkindeling dan die van de gemeente D. Over indicatiestellingen kon op wijkniveau geen gegevens worden geleverd.

Via een zorgverzekeraar zijn gegevens verkregen over declaraties van huisartsconsulten. Hierbij moet aangemerkt worden dat het om een beperkt deel van het totaal aantal consulten gaat, omdat slechts een deel van de inwoners van de wijken is verzekerd bij de betreffende zorgverzekeraar. Er zijn gegevens verkregen van de school Zorg- en Adviesteams (ZAT), betreffende besprekingen van leerlingen. Hierbij moet worden opgemerkt dat het gaat om leerlingen van de scholen in de wijken. Het is mogelijk dat een paar leerlingen niet uit de betreffende wijk komt. In de wijkgezondheidsprofielen worden om die reden ook slechts van een aantal scholen gegevens genoemd, omdat de overige scholen in de wijken aan te merken zijn als ‘stedelijke voorziening’, bijvoorbeeld een Vrije School, waar leerlingen uit heel D. naartoe gaan.

Over ziekte en chronische aandoeningen en dergelijke is op dit moment geen informatie op wijkniveau over de jeugd beschikbaar. Daarom moet er nagedacht worden over welke informatie betreffende gezondheid in de wijkgezondheidsprofielen zou moeten komen en hoe deze informatie verkregen zou kunnen worden.

Gebruik.

In eerste instantie bleek de vraag naar de wijkgezondheidsprofielen te zijn ontstaan naar aanleiding van de halfjaarlijks uitgegeven jeugdmonitor van de gemeente D. In de laatste besprekingen met de gemeente D. werd de beleidsadviseur van de GGD A gevraagd naar aanleiding van de conclusies van de wijkgezondheidsprofielen aanbevelingen voor preventieve activiteiten en interventies te doen. In de bespreking werd genoemd dat men ook veel heeft aan een beknopte presentatie van de belangrijkste resultaten van de wijkgezondheidsprofielen.

Samenvattend kan worden gesteld dat betreffende de inhoud veel gebruik is gemaakt van gegevens van externe partners, naast gegevens van de GGD en de gemeente. Sommige informatie was niet op wijkniveau, of volgens de besloten wijkindeling beschikbaar en soms zaten er beperkingen aan de informatie die beschikbaar was. Gekeken wordt welke aanwijzingen voor preventieve activiteiten de profielen geven.

2. GGD B

Inhoud.

Onlangs heeft GGD B nieuwe wijkbeelden ontwikkeld naar aanleiding van de VMU.

“De VMU is een verzamelen van alles wat we weten over de gezondheid en de relevante factoren voor gezondheid over de (inwoners). Dat zijn dus gegevens die we zelf verzamelen door middel van monitoring maar ook met aanvullende onderzoekjes op thema’s en ook gewoon dingen die geregistreerd worden of die andere organisaties onderzoeken en betrekking hebben op U.”

Het gaat hierbij om peilingen die tweejaarlijks worden uitgevoerd bij volwassenen en basisschoolleerlingen van groep 7/8, gegevens van de jeugdgezondheidszorg, een zorgverzekeraar, verslavingszorg, gegevens uit het psychiatrisch casusregister en overlastcijfers van de politie. In de presentatie van de nieuwe wijkbeelden zal meer gewerkt worden met figuren en grafieken, met uiteindelijk een overzicht op vier pagina’s voor elke wijk. In de wijkbeelden wordt tot heden alleen de leeftijdsgroep volwassenen beschreven. In een algemeen stadsbeeld wordt wel de situatie van de jeugd beschreven. Bij de inhoud en de vorm van de profielen wordt goed gekeken naar de behoefte van de mensen die het gebruiken:

“De belangrijkste kern is dat bij de ontwikkeling van de wijkprofielen ga je heel erg uit van welke informatiebehoefte is er bij de mensen die de wijken ingaan en wat is de vorm waarmee zij hun doel het beste kunnen bereiken. En daar ga je het wijkprofiel omheen ontwikkelen. En zelf kijk je dan van welke gegevens hebben we, zijn het goede gegevens, zijn ze relevant. En dat is zeg maar de balans die je zoekt maar bruikbaarheid staat gewoon voorop.”

Proces.

Bij GGD B wordt bij de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen nauw contact gehouden met de beleidsmedewerkers die de profielen gaan gebruiken. Ook worden op het moment dat de cijfers verzameld zijn consultaties gehouden. De cijfers worden dan gepresenteerd in de wijkraad voor de bewoners en men gaat in gesprek met professionals of belangenorganisaties. Gevraagd wordt dan of het beeld wordt herkend en wat er nog meer speelt in de wijk. Deze informatie helpt om te bepalen waar in het profiel meer of minder nadruk op moet worden gelegd.

“Al die consultaties aan de ene kant is het duiding, aan de andere kant is het ook wel een beetje beleidsbeïnvloeding. ... En ook, dat is vooruit kijkend naar de nota volksgezondheid, ook kijken waar energie en behoefte is in die wijk bij die partners, zodat als je dadelijk beleid gaat maken je een beleid gaat maken wat aansluit bij waar mensen de urgentie van zien.”

De grootste groep waar op dit moment nog geen informatie over is, zijn de jongeren. In de toekomst zullen wel gegevens beschikbaar zijn over de jongeren uit de e-movo onderzoeken onder middelbare scholieren. Hierover gaat GGD B ook gegevens uitwisselen met een andere GGD, omdat jongeren uit U. ook in plaatsen naar school gaan die onder die GGD-regio vallen. De uitkomsten van de

gezondheidsonderzoeken onder scholieren zullen gepresenteerd worden in schoolprofielen. Een reden hiervoor is dat scholen een belangrijk plek zijn voor preventieve interventies gericht op kinderen en jongeren.

Gebruik.

De wijkgezondheidsprofielen van GGD B worden in eerste instantie ontwikkeld voor de aandachtswijken. De profielen worden gebruikt door beleidsmedewerkers, die ook meegaan met de consultaties van de onderzoekers naar aanleiding van de profielen. Zij vertalen de uitkomsten naar beleid dat vorm krijgt in de gemeentelijke nota volksgezondheid. Hierbij gaat het vooral om het bepalen waar de aandacht op komt te liggen. Daarnaast worden de profielen ook wel als monitoringsinstrument gebruikt.

Een andere belangrijke groep die de profielen gebruikt zijn de gezondheidsprofessionals van GGD B die direct contact hebben in de wijk en daar verschillende initiatieven ondersteunen. Hierover wordt gezegd:

“En dan zijn cijfers, dat horen we echt keer op keer, echt een heel goed middel om binnen te komen en het gesprek aan te gaan. Juist met dit soort overzichten, dat je dan het gemiddelde in U. laat zien en dan het gemiddelde in O. Ja, mensen schrikken daar gewoon van. Dat helpt gewoon om het gesprek aan te gaan.”

Kort gesteld worden veel gegevens door GGD B verzameld in de VMU. Om de zoveel jaar worden de gegevens gepresenteerd in wijkbeelden, gericht op volwassenen. Tijdens het maken van de wijkbeelden is er contact met beleidsmedewerkers en met professionals, belangenorganisaties en bewoners. Dit wordt uiteindelijk vertaald in beleid in de gemeentelijke nota volksgezondheid. Daarnaast worden de wijkbeelden gebruikt door gezondheidsprofessionals om in gesprek te gaan met eerstelijns professionals.

3. GGD C

Inhoud.

De GGD C is inmiddels toe aan de wat wordt genoemd 3.0 versie van de wijkgezondheidsprofielen. Deze versie is een grote poster met een afbeelding van de wijk en verschillende blokken informatie: demografische gegevens, leefstijldeterminanten, omgeving en ziektebeelden. Bij de leefstijldeterminanten worden de leeftijdsgroepen jongeren, volwassenen en ouderen onderscheiden. Er worden voornamelijk gegevens uit de eigen monitoring gebruikt, uit het e-movo onderzoek onder jongeren en uit huisartsregistraties worden gegevens over ziekten verkregen, waaronder diabetes, astma, hart- en vaatziekten. Bij de selectie van de onderwerpen is gekeken naar dingen als hoogste

prevalentie, ziektelast, invloedrijke factoren en beïnvloedbare factoren. Ook in dit geval wordt gekeken naar welke informatie relevant is voor de gebruikers:

“Uiteindelijk kijk je ook naar wat je hebt en dan wordt een afweging gemaakt. En de praktijk helpt dan ook, nu met de ZZG (thuiszorgorganisatie, red.) zeggen de mensen van de ZZG kun je toch niet iets over dementie d'r in doen. Dus die wordt nu toegevoegd omdat zij vooral met de ouderen werken. En d'r staat bijvoorbeeld ook een kopje bij dat heet de determinanten van de jeugd, dat is voor de ZZG misschien niet zo interessant maar voor de wijkmakelaars die in de wijken werkzaam zijn wel.”

Proces.

De ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD C heeft al een aantal stappen doorlopen:

“Bij de 1.0 versie kwamen we d'r achter van heel veel gebieden hadden we heel weinig data, postcodegebieden klopten niet of ja stadsdelen waren weer anders dan de gemeente, allemaal verschillende indelingen ... dus bij de 2.0 was het doel om te proberen de inhoud te verbeteren. En nu bij de 3.0 zien we dat we eigenlijk al veel meer naar de vorm kijken en weer de inhoud aanpassen en in dit geval aan de ZZG.”

De ontwikkeling van de 2.0 versie is gedaan in een project van de academische werkplaats. Het project kende een werkgroep met gemeente, huisartsen, de zorgverzekeraar, apotheek en het (medisch centrum). Voor de toekomst is er de wens om meer gegevens uit de huisartsregistraties en statistische gegevens van de gemeente over bijvoorbeeld schuldsanering of jeugdzorg toe te voegen. Over het ontwikkelingsproces wordt verder gezegd:

“Iedereen verwacht dat er een oplossing is he, dat iemand weet zo moet het en dat dat de te bewandelen weg is voor wijkgezondheidsprofielen. Dat is er niet. Want wij hebben toevallig de gegevens in de regio ... van de huisartsen, maar dat is niet in alle regio's dus dat deel vervalt dan weer. Dus het maken van een wijkgezondheidsprofiel is vooral een proces wat je gezamenlijk moet doormaken waardoor je meer contact met andere mensen krijgt, andere zorgverleners, andere instanties, waardoor je ook beter kunt gaan samenwerken.”

Gebruik.

De eerste vraag naar wijkgezondheidsprofielen bij de GGD C kwam van de eerstelijns kennisateliers. Het doel was destijds om met alle professionals in de eerstelijns gezondheidszorg rond de tafel te gaan zitten en te bepalen met welk thema ze allemaal aan de slag zouden gaan. De wijkgezondheidsprofielen worden gezien als een instrument om het gesprek aan te gaan, agenda setting te kunnen doen, inzicht te krijgen en iedereen inzicht te geven. Het doel van het profiel is het kunnen bepalen waar men mee aan de slag moet. Als voorbeeld worden de gezondheidsmakelaars van de GGD genoemd:

“De makelaars gebruiken het om bijvoorbeeld bij een school binnen te komen, je kunt het met huisartsen, met fysiotherapeuten gaan bespreken. Er wordt bijvoorbeeld heel weinig bewogen of er zijn veel mensen eenzaam of een hoog percentage rokers, kunnen we met de gemeente overleggen om toch stoppen met roken cursussen aan te gaan bieden of met de zorgverzekeraar of met andere partijen. En je kunt bij een groepje met z'n allen zeggen van ja wat wil je in de wijk gaan aanpakken en dan kun je dit erbij pakken en zeggen van wat is nou echt een probleem hier.”

Concluderend kan worden gesteld dat naast gegevens uit de eigen monitoring, huisartsgegevens een belangrijke bron zijn voor de profielen. De ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen heeft al een aantal stadia doorlopen. De vraag naar een wijkgezondheidsprofiel is altijd uit de eerstelijns zorg gekomen, beginnend bij de eerstelijns kennisateliers. De profielen worden ook gebruikt door de gezondheidsmakelaars om het gesprek met professionals aan te gaan.

Discussie

Conclusie

In deze thesis stond de vraag *“Welke factoren spelen een rol bij de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen?”* centraal. Hierbij zijn de inhoud, het proces van ontwikkeling en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A beschreven. Daarnaast zijn de inhoud, het proces en het gebruik van de wijkgezondheidsprofielen van GGD B en GGD C beschreven.

Inhoud. Voor de wijkgezondheidsprofielen jeugd 0-23 van de GGD A zijn gegevens van de GGD A, de gemeente D., Bureau Jeugdzorg, een zorgverzekeraar en verslavingszorg gebruikt. Daarnaast zijn interviews met professionals gehouden over de wijken. De profielen kregen vorm in een uitgebreid rapport per wijk met grafieken, tabellen en een algemene conclusie. Bij GGD B is een groot deel van alle informatie gebundeld in de VMU. Betreffende jeugd wordt vooral onderzoek gedaan onder kinderen van groep 7/8. Het onderwerp jeugd kwam aan bod in een stadsbeeld en niet in de wijkbeelden. De GGD C gebruikte voornamelijk gegevens uit huisartsregistraties en uit de eigen monitoring, in het geval van jongeren is dit het e-movo onderzoek. Zowel bij GGD B als GGD C is gekeken naar welke informatie relevant is, aan welke informatie behoefte was en wat er mogelijk was. De profielen krijgen vorm met een poster of één of meer A4 pagina's.

Wijkgezondheidsprofielen GGD A - Uitkomsten

De drie wijken verschilden in veel opzichten van elkaar. *Wijk 1* is een bekende 'risicowijk' met een grote allochtone populatie en huishoudens met een lagere sociaal economische status. Er is de afgelopen jaren veel aandacht uitgegaan naar deze wijk en er worden positieve ontwikkelingen gezien. *Wijk 2* is een 'jonge' wijk, met veel jonge kinderen. Een belangrijk punt van aandacht in deze wijk was dat deze kinderen over een aantal jaar pubers zijn en dat hierop geanticipeerd moet worden,

onder andere met het aantal voorzieningen voor jongeren. *Wijk 3* werd omschreven als een diverse wijk, die betreffende het aantal jongeren en allochtone populatie een afspiegeling is van D. Een opvallend gegeven in deze wijk is het grote aantal kleuters met overgewicht.

Proces. Voor de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A moest geconcludeerd worden dat een aantal gegevens niet op wijkniveau beschikbaar waren, of niet beschikbaar waren op niveau van de huidige wijkindeling van de gemeente. Daarnaast waren er geen gegevens over ziekten en chronische aandoeningen van de jeugd beschikbaar. Onderzoekers van GGD B hielden tijdens de ontwikkeling consultaties met partners als ‘duiding’ en ‘beleidsbeïnvloeding’. Hierbij werd nauw contact gehouden met beleidsmedewerkers. Voor de GGD C gold dat de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen al een aantal stadia heeft doorlopen, waarbij is samengewerkt in een project.

Gebruik. Na afronding van de profielen is de GGD A gevraagd een advies te geven op basis van de uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen voor preventieve activiteiten. Zowel GGD B als de GGD C gaf aan dat de resultaten van de wijkgezondheidsprofielen gebruikt worden om te bepalen wat prioriteit moet krijgen en richting te geven aan een aanpak. De profielen hielpen in dit geval ook om het gesprek hierover aan te gaan met gezondheidsprofessionals. Gezondheidsmakelaars, die directe contacten hebben in de wijken, hadden hierbij een belangrijke rol.

Bij GGD B werden de uitkomsten van de profielen en de aanvullende consultaties ook omgezet in beleid in vorm van de gemeentelijke nota volksgezondheid. Daarnaast werd genoemd dat de profielen ook gebruikt worden als monitoringsinstrument. Inzicht krijgen was een belangrijk doel van de wijkgezondheidsprofielen voor de GGD C.

Vergelijking

Geconcludeerd kan worden dat GGD B en GGD C verder zijn met de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen dan de GGD A. Daarbij is de GGD A de eerste die wijkgezondheidsprofielen heeft gemaakt voor één leeftijdscategorie, namelijk jeugd. In andere gevallen was jeugd een onderdeel van de profielen samen met andere leeftijdscategorieën of komt het aan bod in een overkoepelend stadsbeeld. Betreffende GGD B is de betrokkenheid van bewoners en belangenorganisaties in de vorm van consultaties uniek. Uniek voor de wijkgezondheidsprofielen van de GGD C waren de huisartsgegevens over onder meer ziekten en aandoeningen. Daarnaast is aanmerkelijk dat de vraag naar een wijkgezondheidsprofiel uit verschillende hoeken is gekomen. In het geval van de GGD C uit de eerstelijns praktijk en in het geval van GGD A van een gemeente.

Discussie

Inhoud. De beschikbaarheid van gegevens en de veronderstelde betrouwbaarheid van de gegevens speelden een rol bij de invulling van de wijkgezondheidsprofielen. Afhankelijk daarvan bepalen onderzoekers of en hoe de gegevens opgenomen worden in de wijkgezondheidsprofielen. De Goede en collega's (2010) concludeerden eerder dat de betrouwbaarheid van de gegevens een rol speelden bij het gebruik van door beleidsmedewerkers.

Daarnaast bleek ook relevantie en bruikbaarheid voor de beoogde gebruikers van de profielen bepalend voor de invulling van de profielen, zoals werd genoemd door onderzoekers van GGD B en GGD C. Dit is een element die in eerder onderzoek niet naar voren is gekomen.

In de praktijkvoorbeelden is onderscheid gemaakt tussen leeftijdsgroepen, waarin jeugd een relevante te onderscheiden leeftijdsgroep was. Daarnaast werd in alle gevallen een vergelijking van de resultaten met één of meerdere benchmarks gemaakt. Het maken van onderscheid tussen verschillende doelgroepen en een vergelijking tussen populaties is in overeenstemming met genoemde criteria van Myers en Stoto (2006). Hoewel door GGD A wijkgezondheidsprofielen specifiek voor jeugd zijn ontwikkeld, is door onderzoekers van GGD B ook de mogelijkheid genoemd om voor jeugdigen gezondheidsinformatie te weergeven in schoolprofielen. Dit mede omdat de school ook een belangrijke plaats voor interventie is.

Proces. Interactie en samenwerking tussen meerdere partijen bleek belangrijk te zijn voor zowel de ontwikkeling als het gebruik van de profielen. In eerder onderzoek is interactie tussen onderzoekers en beleidsmakers als belangrijke voorwaarde voor het gebruik van resultaten van gezondheidsonderzoek voor beleid genoemd (De Goede et al., 2012). De respondenten van de GGD C en GGD B gaven expliciet aan dat bij de keuzes voor de invulling van de wijkgezondheidsprofielen goed gekeken is naar de behoeften bij de potentiële gebruikers van de profielen. In alle gevallen werd ook samengewerkt met andere organisaties en professionals om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie te verkrijgen.

Voor duiding van resultaten en voorbereiding van actiepunten voor beleid werden door GGD B verschillende stakeholders geraadpleegd. Het netwerk van de onderzoekers speelt daarom ook een belangrijke rol. Interactie vond op meerdere momenten plaats en behalve interactie tussen onderzoekers en beleidsmedewerkers is er bij GGD C en GGD B ook sprake van interactie met eerstelijns professionals voor het gebruik van onderzoeksresultaten in de praktijk.

De praktijkervaringen laten zien dat de organisatiestructuur van de GGD ook een rol speelt. Twee van de GGD-en, GGD C en GGD B, hadden (wijk)gezondheidsbevorderaars of dergelijke in dienst die een rol speelden bij het vertalen van de onderzoeksresultaten naar actiepunten. Bij GGD B werkten onderzoekers en beleidsmedewerkers samen bij de raadpleging van stakeholders, als

voorbereiding voor invulling van de gemeentelijke gezondheidsnota. De organisatiestructuur is een factor die bijvoorbeeld in onderzoek van Laws en collega's (2013) nog niet naar voren is gekomen.

Gebruik. Wijkgezondheidsprofielen werden gebruikt om inzicht te krijgen in de problematiek, voor agenda setting en om prioriteiten te bepalen voor een aanpak. Dit komt overeen met de bevindingen van Laws en collega's (2013), die concludeerden dat onderzoeksresultaten voor agenda setting gebruikt werden en de criteria van Van Bon- Martens en collega's (2011a) en Myers en Stoto (2006), die stellen dat gezondheidsrapportages inzicht in de problematiek moesten geven en aanwijzingen voor prioriteiten. Wijkgezondheidsprofielen werden ook gebruikt om in gesprek te komen over de problemen en een mogelijke aanpak. Het lijkt dus ook een communicatiemiddel te zijn. Daarnaast gaf GGD B aan de wijkgezondheidsprofielen ook als monitoringsinstrument te gebruiken. De resultaten laten zien dat een wijkgezondheidsprofiel instrumenteel, voor agenda setting en om prioriteiten te bepalen, en ook conceptueel, om inzicht in de problematiek te krijgen, wordt gebruikt (De Goede et al., 2012b; Amara et al., 2004). Eerder concludeerden De Goede en collega's (2012a) dat gezondheidsinformatie voornamelijk conceptueel werd gebruikt.

Samenvattend kan gesteld worden dat beschikbaarheid van gegevens, behoeften van de beoogde gebruikers, het netwerk, samenwerking en de organisatiestructuur belangrijke factoren zijn die een rol spelen bij de ontwikkeling en het gebruik van wijkgezondheidsprofielen in de praktijkvoorbeelden.

Criteria voor een wijkgezondheidsprofiel overwegend kan gesteld worden dat betreffende de inhoud en vorm de relevante leeftijdsgroepen, waaronder jeugd, moeten worden onderscheiden, relevante risico en protectieve factoren aan bod moeten komen, er een vergelijking tussen populaties moet worden gemaakt en er een kernachtige weergave van de belangrijkste conclusies beschikbaar moet zijn. Betreffende het proces is interactie en samenwerking op meerdere momenten met potentiële gebruikers en andere stakeholders belangrijk om de behoeften van de beoogde gebruikers in beeld te hebben en zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie te verkrijgen. Een wijkgezondheidsprofiel moet aanwijzingen voor preventief beleid geven en als communicatiemiddel gebruikt kunnen worden.

Praktische aanbevelingen

Op basis van de ervaringen tijdens de pilot van de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen van de gemeente D en de onderzoeksresultaten zijn een aantal aanbevelingen te doen voor de GGD A. In de toekomst zou door de GGD A gebruik gemaakt kunnen worden van gegevens uit het e-movo onderzoek van de GGD onder scholieren van het 2e en 4e jaar van het voortgezet onderwijs. Dan zijn betreffende die onderwerpen, voor die specifieke doelgroep, betrouwbare gegevens op wijkniveau beschikbaar.

Daarnaast zal nagedacht moeten worden over de presentatie van de gegevens. Op dit moment zijn deze uitgebreid beschreven in een rapport. Mogelijk kan in de toekomst een overzichtelijke weergave van de belangrijkste informatie over de wijk gegeven worden op bijvoorbeeld een factsheet of digitaal in een geografisch informatiesysteem. Om een goed wijkgezondheidsprofiel te kunnen ontwikkelen is het belangrijk de stakeholders, ofwel potentiële gebruikers in beeld te hebben en goed te kijken naar aan welke informatie bij deze groep behoefte is.

Op basis van de resultaten van de drie wijkgezondheidsprofielen van de gemeente D. zijn een aantal aanbevelingen te doen. In wijk 1 zou ingezet kunnen worden op het faciliteren van Jongerenwerk. Daarnaast zou ingezet kunnen worden op preventie van overmatig alcohol- en drugsgebruik. In Wijk 3 zou ingezet kunnen worden op preventie en bestrijding van overgewicht. In Wijk 2 zou ingezet kunnen worden op een betere invulling van het naschoolse aanbod voor kinderen, eventueel in combinatie met laagdrempelige opvoedingsondersteuningsactiviteiten voor ouders.

Overwegingen onderzoek

Een beperking aan dit onderzoek was dat het gezien het tijdsbestek van het onderzoek niet mogelijk was te onderzoeken hoe de uitkomsten van de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A daadwerkelijk gebruikt gaan worden. Daarnaast zijn alleen onderzoekers geïnterviewd over de wijkgezondheidsprofielen van GGD B en de GGD C en niet de genoemde gebruikers, zoals beleidsmedewerkers of gezondheidsbevorderaars.

Betreffende de wijkgezondheidsprofielen van de GGD A was een belangrijke beperking dat voor de gezondheids- en leefstijlfactoren uit GGD-monitor slechts gewerkt kon worden met geëxtrapoleerde cijfers. Deze cijfers zijn een berekening op basis van de gemeentelijke cijfers en de bevolkingssamenstelling naar leeftijd en geslacht in de wijk. Een sterk punt is dat voor de aanvullende informatie voor de wijkgezondheidsprofielen gesproken is met een diverse groep professionals per wijk. Hierbij moet worden opgemerkt dat veel van deze professionals voornamelijk werkzaam zijn met een jongere populatie (-12 jaar) en er daarom minder informatie van professionals verkregen is over de oudere populatie (12-23) in de wijken.

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het gebruik van een wijkgezondheidsprofiel door verschillende gebruikers, hierbij kan gekeken worden hoe de uitkomsten van een wijkgezondheidsprofiel gebruikt worden voor beleid en praktijk op lokaal niveau. Hierbij kan ook aandacht zijn voor de factoren die het gebruik van de uitkomsten beïnvloeden. Mogelijk kan er onder beleidsadviseurs, onderzoekers en gezondheidsprofessionals ook onderzoek gedaan worden naar welke aspecten van een wijkgezondheidsprofiel zij relevant vinden.

Slot

Geconcludeerd kan worden dat er niet één wijkgezondheidsprofiel is. De inhoud en vorm kan verschillend zijn op basis van de mogelijkheden en de behoefte aan informatie van potentiële gebruikers. Een wijkgezondheidsprofiel is een instrument dat verder ontwikkeld kan worden op basis van eerdere ervaringen. Soms hebben andere gebruikers andere informatiebehoeften en worden de profielen op basis daarvan aangepast. Vaak is samenwerking met andere partijen die informatie kunnen leveren nodig. Interactie tussen onderzoekers en beleidsmedewerkers en potentiële gebruikers is van belang om een goed bruikbaar wijkgezondheidsprofiel te ontwikkelen. Voor de ontwikkeling van een wijkgezondheidsprofiel is het belangrijk diverse stakeholders die informatie kunnen leveren in beeld te hebben. Het in oog hebben van het doel van de wijkgezondheidsprofielen, van de voornaamste potentiële gebruikers en hun behoeften aan informatie is essentieel.

Referenties

- Amara, N., Quimet, M., & Landry, R. (2004). New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Science Communication*, 26 (1), 75-105.
- Bakker, I., Bakker, K., Dijke, A. van, & Terpstra, L. (1998). O&O in perspectief. *Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW*. Utrecht.
- Bon Martens, M. J. H. van, Achterberg, P. W., Goor, L. A. M. van de, & Oers, J. A. M. van (2011a). Towards quality criteria for regional public health reporting: concept mapping with Dutch experts. *European Journal of Public Health*, 22 (3), 337-342.
- Bon Martens, M. J. H. van, Goor, L. A. M. van de, Achterberg, P. W., & Oers, J. A. M. van. (2011b). The development of an empirical model for regional public health reporting. A descriptive study in two Dutch pilot regions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6), 608-627.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carlsund, Å., Eriksson, U., Löfstedt, P., & Sellström, E. (2012). Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor? *European Journal of Public Health*, 23, 3–8.
- Carson, V., & Janssen, I. (2012). Neighborhood disorder and screen time among 10-16 year old Canadian youth: A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:66.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M. de, Roberts, C., ... Barnekow, V. (eds.). (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Curtis, L. J., Dooley, M. D., & Phipps, S. A. (2004). Child well-being and neighbourhood quality: evidence from the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Social Science & Medicine*, 58, 1917–1927.
- Dorselaer, S. van, Vermeulen-Smit, E., Looze, M. de, Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt, T., ter, & Vollebergh, W. (red.) (2010). *Hbsc 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Goede, J. de, Bon Martens, M. J. H. van, Mathijssen, J. J. P., Putters, K., & Oers, J. A. M. van. (2012a). Looking for interaction: quantitative measurement of research utilization by Dutch local health officials. *Health Research Policy and Systems*, 10:9.

- Goede, J. de, Putters, K., Grinten, T. van der, & Oers, J. A. M. van. (2010). Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. *Health Research Policy and Systems*, 8:26.
- Goede, J. de, Putters K, Oers H.A.M. van. (2012b). Utilization of epidemiological research for the development of local public health policy in the Netherlands: a case study approach. *Social Science & Medicine*, 74, 707–714.
- Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., ... Ahluwalia, N. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with Demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*, 54, 167–179.
- Hildebrandt, V. H., Ooijendijk, W. T. M., & Hopman-Rock, M. (2008). *Trendrapport Beweging en Gezondheid 2006/2007*. Leiden: TNO.
- Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). Gezondheid en determinanten. *Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, Polder, J.J. (eds.). (2007). Zorg voor gezondheid. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Koelen, M. A. & Ban, A. W. van den (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Kooiker, S. E. (2011). Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Den Haag / Bilthoven: SCP / RIVM.
- Lalonde, M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Laws, R., King, L., Hardy, L. L., Milat, A., Rissel, C., Newson, R., Rychetnik L., & Bauman, A. E. (2013). Utilization of a population health survey in policy and practice: a case study. *Health Research Policy and Systems*, 11:4.
- Lucht, F. van der, & Polder, J.J. (eds.). (2010). Van gezond naar beter. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Lumeng, J. C., Appugliese, D., Cabral, H. J., Bradley, R. H., & Zuckerman, B. (2006). Neighborhood Safety and Overweight Status in Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 25-31.
- Moritsugu, J., Vera, E. G., Wong, F. W., & Grover Duffy, K. (2014). *Community psychology (5th edition)* Boston, MC: Pearson Education; Allyn & Bacon. ISBN 9780205255627.

- Myers, S., & Stoto, M. A. (2006). *Criteria for assessing the usefulness of Community Health Assessments. A literature review*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).(jl.). *Over deze VTV*. Verkregen op 15 oktober 2013, van http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/Over_deze_VTV
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014a). *Wettelijke kaders gezondheidsbeleid*. Verkregen op 15 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wettelijk-kader/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014b.) *Wat is wijkgerichte gezondheidsbevordering?* Verkregen op 15 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-wijk/voorbereiden-gezonde-wijk/wijkgerichte-gezondheidsbevordering/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014c). *Wijkgezondheidsprofiel*. Gevonden Verkregen op 15 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-wijk/voorbereiden-gezonde-wijk/wijkgezondheidsprofiel/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014d). *Waarom een wijkgezondheidsprofiel?* Verkregen op 15 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-wijk/voorbereiden-gezonde-wijk/wijkgezondheidsprofiel/waarom-een-profiel/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2014e). *Gezondheidsgegevens verzamelen*. Verkregen op 15 februari 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-wijk/voorbereiden-gezonde-wijk/wijkgezondheidsprofiel/gezondheidsgegevens-verzamelen/>
- Smid, H. J. (2013). Mogelijkheden van een nieuwe definitie van gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91 (3), 132-133.
- Veitch, J., Stralen, M. M. van, Chinapaw, M. J. M., Velde, S. J. te, Crawford, D., Salmon, J., & Timperio, A. (2012). The neighborhood social environment and body mass index among youth: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:31.
- World Health Organization (WHO). (2007). The World Health Organization on health inequality, inequity, and social determinants of health. *Population and Development Review*, 33, 839-843.
- Zeijl, E., Dorsselaer, S. van, Vollebergh, W., & Bogt, T. ter (2008). Clustering van leefstijl en problemen. In: Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag / Leiden: SCP/TNO.

Bijlage 1: Topic-lijst interviews wijkprofessionals

- **Introductie**
- **Functie**
 - Kunt u iets vertellen over uw functie en werkzaamheden in de wijk?
- **Algemeen wijkbeeld**
 - Hoe zou u de wijk omschrijven (o.a. bevolkingssamenstelling)?
 - Wat is kenmerkend voor deze wijk?
- **Problematiek**
 - Welke problematiek speelt volgens u in deze wijk?
Op gebied van:
 - woon- en leven (buurtkwaliteit, veiligheid, kind vriendelijkheid)
 - financiën (SES, werkloosheid)
 - opvoeding (opvoeding en vragen ouders)
 - onderwijs (achterstand, schooluitval, doorstroming)
 - vrije tijdsbesteding (weinig bewegen, voorzieningen)
 - gezondheid (overgewicht, psychosociale problematiek, middelengebruik)
 - hulpverlening (veel/weinig doorverwijzing)
 - Bij wie speelt deze problematiek voornamelijk?
 - Wat gaat goed in de wijk / zijn positieve aspecten (sociale samenhang, burens kennen elkaar, school en peuterspeelzaal in de buurt, veel speelruimte).
 - Wat zijn de oorzaken van (of verklarende/samenhangende factoren voor) deze problematiek?
->leefgebieden
 - Wat zijn de belangrijkste gevolgen van de problematiek?
->leefgebieden
- **Behoeften**
 - Wat ervaren volgens u de bewoners zelf als de voornaamste problemen?
 - Welke behoeften zijn er onder de bewoners (jongeren en hun ouders)?
- **Acties**
 - Wat voor acties (activiteiten/interventies) vinden er op dit moment plaats in de wijk?
 - Op welke doelgroep en problematiek zijn deze acties gericht?
 - Wat is het doel van deze acties?
 - Sluiten deze acties aan op de behoeften van bewoners?
 - Wat voor acties zijn er volgens u nog nodig?
- **Toekomstverwachting**
 - Welke problematiek voorziet u in de toekomst in de wijk?
 - Op welke manier zou dit voorkomen kunnen worden?
 - Welke behoeften onder bewoners/jongeren voorziet u in de toekomst?
- **Afsluiting**
 - Zijn er misschien nog andere belangrijke zaken die nog niet aan bod zijn gekomen?

Bijlage 2: Topic-lijst interviews GGD epidemiologen

- Korte introductie
- Kunt u iets vertellen over het ontstaan van de wijkgezondheidsprofielen?
Waarom zijn de profielen ontwikkeld?
In opdracht van wie/voor wie?
- Wat staat er in de wijkgezondheidsprofielen?
Wat is de opzet van de wijkgezondheidsprofielen? (Bijv. leeftijdsgroepen, onderwerpen)
Welke gegevens staan in de profielen?
Zijn hier andere organisaties voor nodig?
- Hoe verloopt de ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen?
Welke gegevens zijn bijvoorbeeld nog niet beschikbaar op wijkniveau?
Welke gegevens missen er eigenlijk nog? Worden voor de toekomst mogelijk toegevoegd?
- Wat wordt er met de wijkgezondheidsprofielen gedaan?
Door wie wordt de informatie gebruikt?
Hoe wordt de informatie gebruikt?
- Afronding

Bijlage 3: Wijkgezondheidsprofiel GGD A Wijk 1

Niet beschikbaar in deze versie.

Bijlage 4: Wijkgezondheidsprofiel GGD A Wijk 2

Niet beschikbaar in deze versie.

Bijlage 5: Wijkgezondheidsprofiel GGD A Wijk 3

Niet beschikbaar in deze versie.

Bijlage 6: Voorbeeld Wijkgezondheidsprofielen GGD B

Niet beschikbaar in deze versie.

Bijlage 7: Voorbeeld Wijkgezondheidsprofielen GGD C

Niet beschikbaar in deze versie.

Bijlage 8: Ontwikkeling van de wijkgezondheidsprofielen: proces en aanbevelingen

Niet beschikbaar in deze versie.