

Werkt integrale wijkgerichte aanpak?

Symposium ASF Limburg, 21 mei 2024

Karien Stronks, hoogleraar public health
Amsterdam UMC/Universiteit van Amsterdam





Mijn bijdrage

1. *Huidige preventiebeleid schiet te kort, vanwege primaire focus op gedragsverandering op individueel niveau*
2. Wat is het wetenschappelijke bewijs voor de werkzaamheid van een integrale wijkgerichte aanpak?
3. Hoe komen we tot een werkzame integrale wijkgerichte aanpak?



Huidige preventiebeleid staat in schril contrast met complexiteit van gezondheidsverschillen zoals door Robert Vonk geschetst

<i>Huidige praktijk</i>	<i>voorbeeld</i>
We spreken individuen aan op hun ongezonde gedrag, en verwachten dat ze met de juiste informatie en begeleiding, focus op eigen regie en zelfmanagement, hun gedrag veranderen	Gecombineerde leefstijlinterventie, maatschappelijk steunpakket corona en leefstijl (o.a. landelijke publiekscampagne), voorlichting over gezonde voeding
We laten ziekten ontstaan, en gaan dan vroeg opsporen, en/of behandelen met medicatie	diabetes, verslaving, obesitas, hoge bloeddruk, longziekten – nauwelijks aandacht voor gedragsverandering

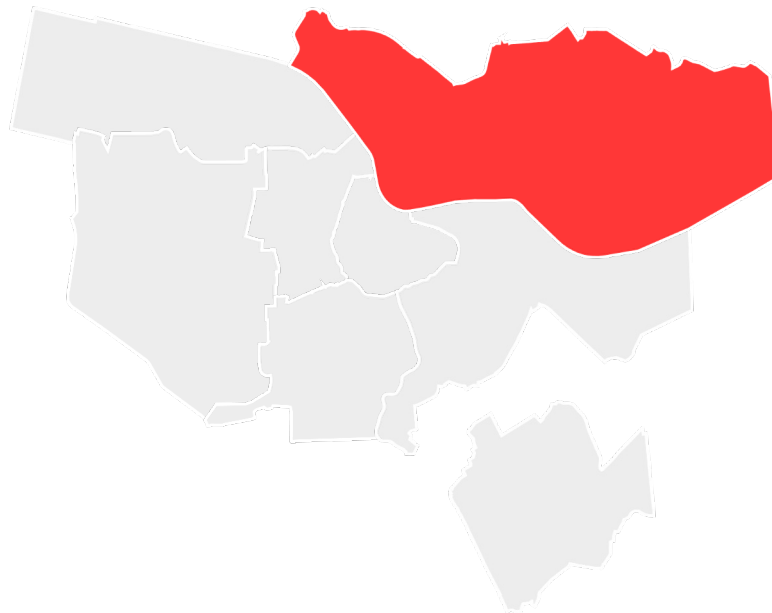
Twee hoofdredenen voor falen van de huidige praktijk:



1. Het aantal mensen dat individuele begeleiding nodig heeft is simpel weg te groot

2020

- 1 op de 5 heeft prediabetes (16.000 mensen in Amsterdam Noord);
- Verwachting 5.000 – 10.000 mensen in de komende 10 tot 20 jaar T2D;
- **Arbeidsmarkt:** 15% van alle landelijke leefstijlcoaches nodig voor de potentiële cliënten groep in stadsdeel Noord (158 leefstijlcoaches);
- **Kosten:** jaarlijks 2,78 miljoen euro extra kosten vanuit een zorgkosten perspectief en 5,73 miljoen euro vanuit een sociaal maatschappelijk perspectief.
- Om het risico van T2D significant te reduceren moet die interventie langer dan 3 jaar duren.
- Dit zou voor stadsdeel Noord een **minimale extra investering van 8,33 miljoen of 17,20 miljoen euro** over een periode van 3 jaar zijn (resp. zorgkosten en sociaal maatschappelijk perspectief).



2040

- **Circa 25.000** mensen in noord zijn in 2040 pre-diabeet.
- Verwachting dat 8.000 – 16.000 mensen in de komende 10 tot 20 jaar T2D
- Ervan uitgaande dat een intensieve leefstijlinterventie tot 50% reductie van T2D risico zou moeten leiden dan zouden er na succesvolle interventie tussen de 4015 en 8029 **MINDER** mensen in noord T2D ontwikkelen.
- Aanname: 20% prevalentie van pre-diabeet blijft constant in 2040. Dit is waarschijnlijk een onderschatting als je naar de prognose kijkt van het IDF. **Ofwel als je niets doet op populatie niveau lijkt de prevalentie toe te nemen.**
- **Dit betekent dat we de inspanningen die in 2040 gedaan moeten worden om de curve van nieuwe gevallen van T2D tegen die tijd verder af te vlakken, op dit moment onderschatten.**



2. 'Dweilen met de kraan open'

Ook anno 2024 is gezondheid vooral product van ongezonde omgeving, fysiek en sociaal





Mijn bijdrage

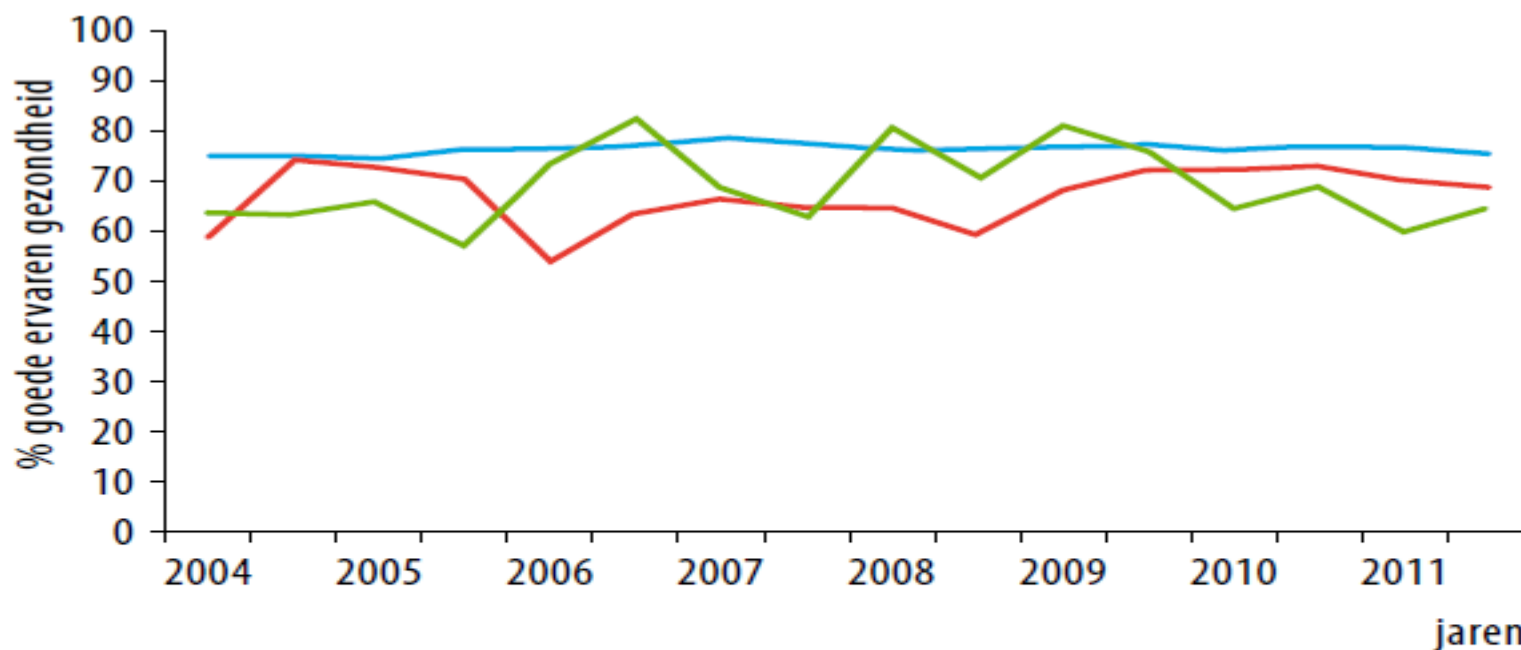
1. Huidige preventiebeleid schiet te kort, vanwege primaire focus op gedragsverandering op individueel niveau
2. *Wat is het wetenschappelijke bewijs voor de werkzaamheid van een integrale wijkgerichte aanpak?*
3. Hoe komen we tot een werkzame integrale wijkgerichte aanpak?

Gezondheid van bewoners van aandachtswijken in 2004-2011

LEIDT EEN BETERE WIJK TOT EEN BETERE GEZONDHEID?

Karien Stronks, Mariël Droomers, Birthe Jongeneel-Grimen, Daniëlle Kramer, Cees Hoefnagels, Jan-Willem Bruggink, Hans van Oers en Anton E. Kunst

ONDERZOEK



FIGUUR 1 Trends in goede ervaren gezondheid in de periode 2004-2011 in 13 wijken die vooral inzetten op verbetering van leefbaarheid (—), 11 wijken die vooral inzetten op verbetering van sociaal-economische positie van individuele bewoners (—) en de rest van Nederland (—).

**TABEL 2** Uitkomsten van trendanalyses voor indicatoren voor gezondheid*†

variabele	trend 2004-2008	trend 2008-2011	trendbreuk‡	verschil in trendbreuk§
ervaren gezondheid				
rest van Nederland	0,01 (0,01 - 0,02)	-0,02 (-0,04 - -0,01)	-0,04 (-0,06 - -0,02)	
alle aandachtswijken	0,03 (-0,01 - 0,06)	-0,05 (-0,10 - 0,01)	-0,07 (-0,16 - 0,01)	-0,03 (-0,12 - 0,05)
intensievere aanpak	0,02 (-0,03 - 0,08)	-0,02 (-0,10 - 0,07)	-0,04 (-0,16 - 0,00)	-0,00 (-0,12 - 0,12)
minder intensieve aanpak	0,06 (-0,00 - 0,12)	-0,12 (-0,21 - -0,03)	-0,17 (-0,21 - -0,04)	-0,14 (-0,27 - -0,00)
mentale gezondheid				
rest van Nederland	0,02 (0,01 - 0,03)	-0,05 (-0,07 - -0,03)	-0,07 (-0,09 - -0,04)	
alle aandachtswijken	-0,01 (-0,06 - 0,04)	-0,02 (-0,11 - 0,06)	-0,01 (-0,13 - 0,11)	0,06 (-0,07 - 0,18)
intensievere aanpak	-0,07 (-0,14 - 0,01)	0,05 (-0,07 - 0,17)	0,12 (-0,06 - 0,29)	0,18 (0,01 - 0,36)
minder intensieve aanpak	0,03 (-0,05 - 0,11)	-0,09 (-0,23 - 0,04)	-0,12 (-0,32 - 0,07)	-0,06 (-0,25 - 0,14)

* Getallen zijn regressiecoëfficiënt β (95%-BI).

† Statistisch significante trend of trendbreuk is aangegeven in rood.

‡ Verschil tussen trend van 2004-2008 en 2008-2011.

§ Verschil in trendbreuk tussen aandachtswijken en de rest van Nederland.



Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid integrale wijkaanpak

- Aanwijzingen voor werkzaamheid, maar
 - niet consistent
 - samenhangend met diversiteit in gekozen wijkaanpakken (intensiteit, type maatregelen)
- Tegelijkertijd: heel veel wetenschappelijk bewijs voor
 - invloed van maatschappelijke omstandigheden op gezondheid, en
 - verbetering van gezondheid na verbetering van maatschappelijke omstandigheden



Mijn bijdrage

1. Huidige preventiebeleid schiet te kort, vanwege primaire focus op gedragsverandering op individueel niveau
2. Wat is het wetenschappelijke bewijs voor de werkzaamheid van een integrale wijkgerichte aanpak?
3. *Hoe komen we tot een werkzame integrale wijkgerichte aanpak?*

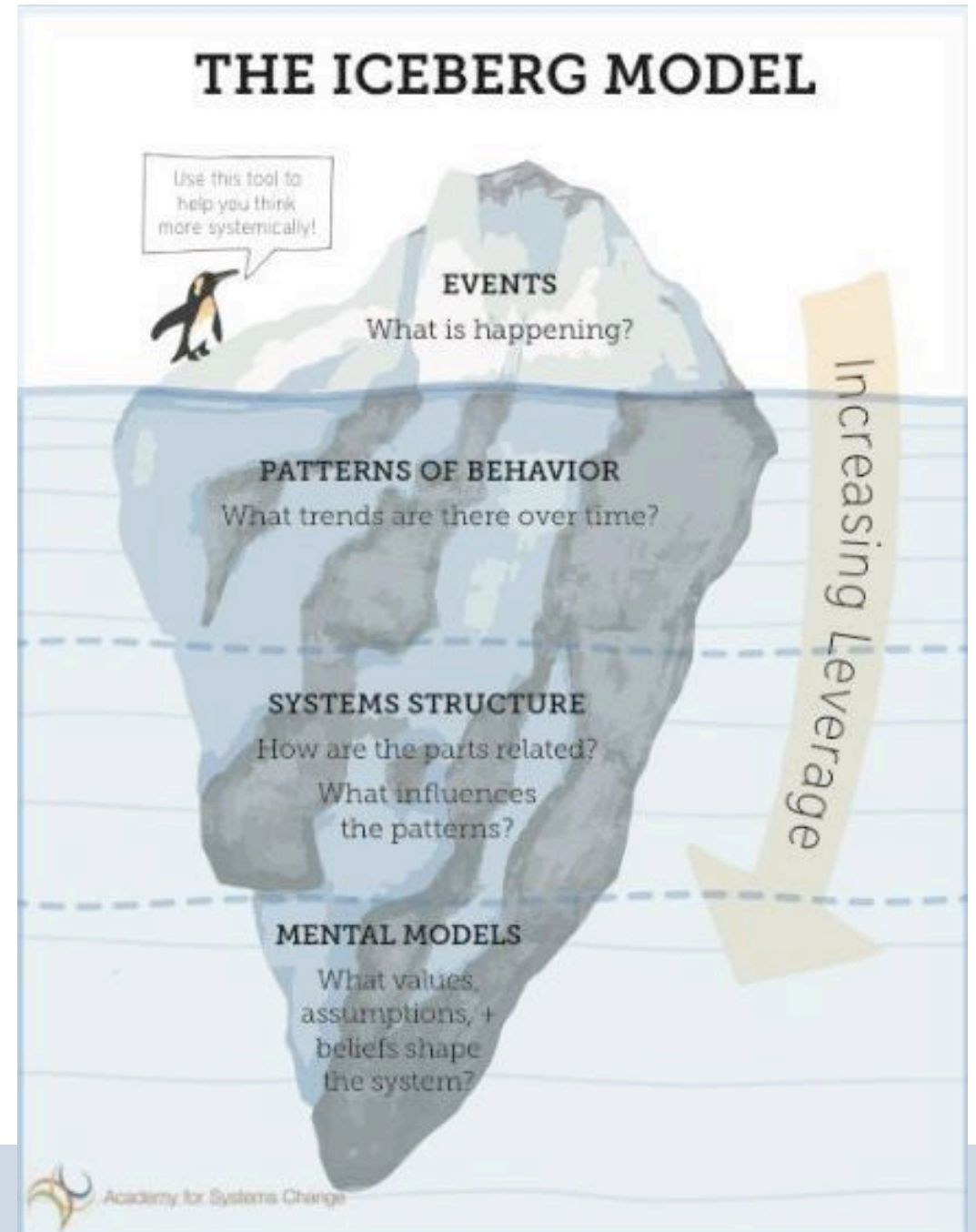


Handelen naar complexiteit (Robert Vonk) is sleutel om tot werkzame integrale wijkaanpak te komen

- Gedeeld beeld van onderliggende oorzaken
- Meervoudige interventies



Gedeeld beeld van onderliggende oorzaken voor gezondheidsproblemen en verschillen daarin





Meervoudige interventies (1)

- Dominante paradigma ontwikkeling public health interventies
 - ‘single causes’ in observationele studies
 - ‘silver bullet’ interventies, die op enkelvoudige determinanten aangrijpen, en universeel toepasbaar zijn
- Maar, verandering in ‘single cause’ leidt vaak niet tot een betere gezondheid - voorbeeld: stoppen met roken ondersteuning



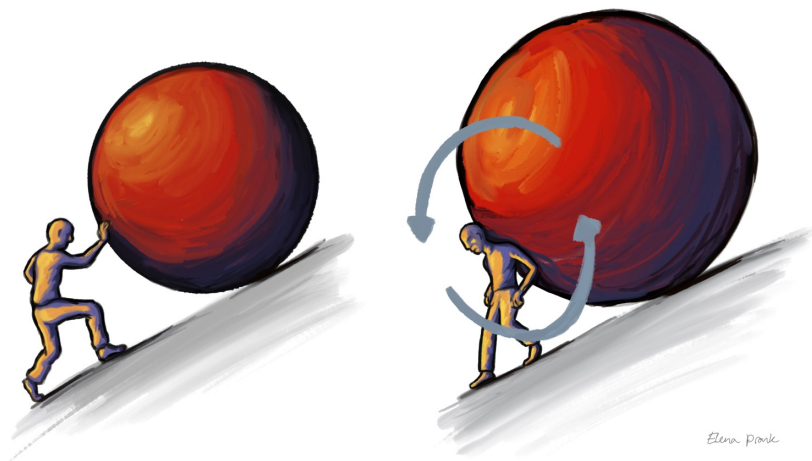


Meervoudige interventies (2)

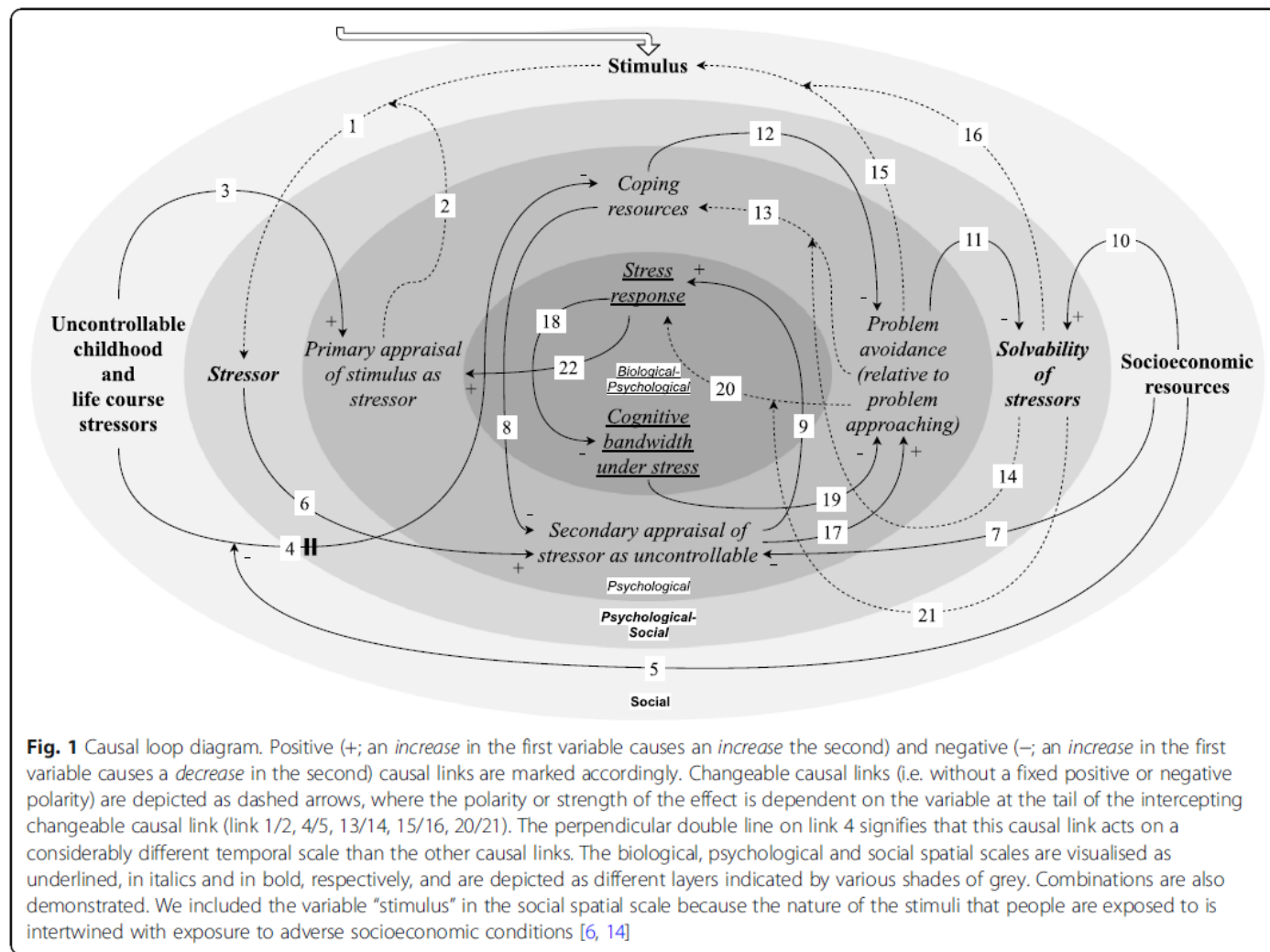
- Voorbeeld bestaansonzekerheid en stress
- Bestaanszekerheid: voorwaarde voor goede gezondheid.
- Meeste beleid gericht op het wegnemen van één oorzaak van stress, bijvoorbeeld schulden
- Dagelijks leven is complexer: stress als gevolg van schulden kan andere stressvolle situaties veroorzaakt hebben, zoals spanningen binnen het gezin



Vicieuze cirkel van chronische stress en psychologische draagkracht



Source: Crielaard et al. 2021





Vicieuze cirkel

- Hoe meer stress iemand ervaart en heeft ervaren, hoe ...
 - ... minder handvatten om oorzaken van stress op te lossen (coping)
 - ... minder gevoel van grip (learned helplessness)
 - ... minder ruimte in hoofd om met stress om te gaan (cognitive bandwidth)
 - ... heftiger ervaring van de oorzaken van stress (appraisal)
- Deze mechanismen gaan niet zomaar weg als de stress afneemt →
bestaansonzekerheid reduceren, in combinatie met psychologische
interventies om mentale gezondheid van mensen in bestaansonzekerheid
te verbeteren



Conclusie

- De dominante focus op gedragsverandering op individueel niveau staat een effectieve aanpak van gezondheidsverschillen in de weg
- Vanuit wetenschap bezien alle redenen om integrale wijkaanpak verder te ontwikkelen,
- met inachtneming van de complexiteit van het probleem en de oplossingen: oorzaken 'onder water' en meervoudige interventies