

Ex-durante evaluatie ondersteuningsstructuur overgewicht jeugd



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum

9 april 2019

Opdrachtgever

Ministerie VWS

Contact

Andersson Elffers Felix (AEF)

Referentie

GV488/rapport

Inhoud

1 Inleiding en context	5
1.1 Aanpak gezond gewicht vraagt om een integrale benadering.....	5
1.2 Decentralisaties geven gemeenten steeds meer verantwoordelijkheden	6
1.3 De evaluatievraag	7
1.4 Positionering van de vraag	7
1.5 Lerend evalueren	8
1.6 Leeswijzer.....	10
2 Conclusies en aanbevelingen	11
2.1 Conclusies	11
2.2 Aanbevelingen	14
Deel A – deelvraag 1	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3 Aanpak en methodische verantwoording	17
3.1 Aanpak.....	17
3.2 Betrekken van gemeenten.....	17
3.3 Werkwijzen	18
4 Wettelijke kaders en duiding van de ondersteuningsstructuur	20
4.1 Wettelijke kaders	20
4.2 Sturen op realisatie van beleid: beleidsinstrumenten	21
4.3 Ondersteuningsstructuur is gelaagd.....	22
4.4 De huidige programma's in de ondersteuningsstructuur	24
4.5 De sturing op de ondersteuningsstructuur	26
5 Ervaringen van gemeenten met de ondersteuningsstructuur	28
5.1 Zichtbaarheid en bekendheid van de programma's	28
5.2 Waarom nemen gemeenten wel of niet deel aan programma's	28
5.3 Ondersteuningsstructuur werkt aanbodgericht.....	31
5.4 Aandacht voor overgewicht in lokaal (gezondheids)beleid	32
5.5 Integrale aanpak en samenwerking met lokale partijen.....	33
6 Gebruik en doelmatigheid	34
6.1 Deelname aan programma's	34
6.2 Reden tot deelname aan programma's: prevalentie van overgewicht en obesitas	35
6.3 Nadere duiding van verschillen in deelname en prevalentie	37
7 Aanvullende ondersteuningsbehoeften van gemeenten	41
8 Sturing op de ondersteuningsstructuur	43
8.1 Governance van de ondersteuningsstructuur	43
8.2 Formuleren van de ambitie	43

Deel B – deelvraag 2

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

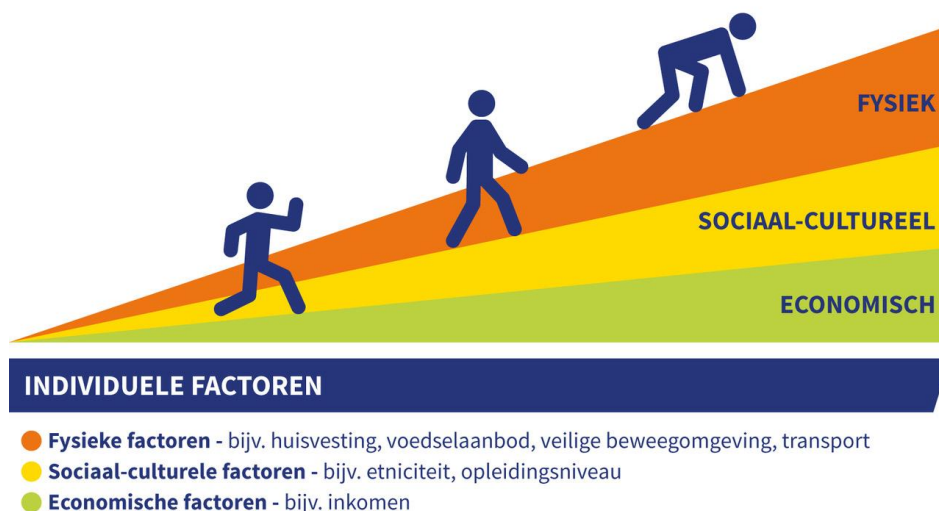
9 Aanpak en methodische verantwoording	46
9.1 Operationalisering van de vraag	46
9.2 Aanpak en werkwijzen	46
9.3 Insteek van de focusgroepen.....	47
10 Gezond opgroeien in de wijk: perspectief ouders en kinderen	49
10.1 Gezond opgroeien: algemeen beeld	49
10.2 Ervaren stimulans	49
10.3 Levensstijl veranderen.....	50
10.4 Deelname aan activiteiten.....	52
10.5 Meedenken over beleid.....	52
10.6 Ervaren verandering	53
Bijlage 1: Evaluatiekaders	55
Bijlage 2: Geïnterviewde personen	58
Bijlage 3: Overzicht geselecteerde gemeenten	61
Bijlage 4: Geraadpleegde documenten en websites deskresearch	62
Bijlage 5: Topicijst interviews gemeenten	63
Bijlage 6: Relevante wetsartikelen	64

1 Inleiding en context

1.1 Aanpak gezond gewicht vraagt om een integrale benadering

Ongeveer één op de zeven kinderen in Nederland heeft overgewicht, met als gevolg een grotere kans op (ook andere) gezondheidsproblemen. Kinderen met overgewicht hebben ook vaker te maken met psychosociale problemen, zoals een lagere zelfwaardering, eenzaamheid en zelfs suïcidegedachten. Overgewicht en obesitas zijn vaak uitingen van bredere, dieperliggende problematiek. Zo komen overgewicht en obesitas meer voor in lagere sociaal-economische klassen en onder etnische minderheidsgroepen: tot een factor 4 zo vaak.

Het terugdringen van overgewicht vraagt om een integrale aanpak. Het gaat niet alleen over gezond en niet te veel eten en voldoende bewegen. Ook factoren als voldoende rust en slaap en een goede mentale weerbaarheid zijn van belang. Het inzetten op deze individuele factoren, zo is al langer bekend¹, is eigenlijk alleen maar succesvol als tegelijkertijd ook op de omgevingsfactoren wordt ingezet, zoals het creëren van een gezonde en beweegvriendelijke omgeving en het tegengaan van verleidingen van energierijk voedsel. Als de omgeving het gemakkelijker maakt gezond te worden (het aanpakken van omgevingsfactoren), is de kans groter dat inspanningen die individuen leveren ook daadwerkelijk resulteren in een gezonder lichaamsgewicht. Het terugdringen van overgewicht en obesitas is, kortom, een complexe opgave. Gegeven de multifactoriële oorzaken is een daadwerkelijk integrale aanpak nodig, vanuit verschillende (beleids)sectoren.



Figuur 1: De 'Health Gradient' (Bron: WHO, eigen bewerking).

¹ Tacket A (1990) Making Partners: Intersectoral Action for Health Proceedings and Outcomes of a Joint Working Group on Intersectoral Action for Health, Copenhagen, WHO.

1.2 Decentralisaties geven gemeenten steeds meer verantwoordelijkheden

Gemeenten hebben, mede als gevolg van de decentralisaties van de afgelopen jaren, steeds meer wettelijke verantwoordelijkheden in het vormgeven van een integrale aanpak rondom gezond gewicht. Al veel langer zijn gemeenten verantwoordelijk voor bijvoorbeeld lokaal sportbeleid, collectieve gezondheid, preventie en ruimtelijke ordening. Met de decentralisaties hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden en ook meer mogelijkheden gekregen, onder andere op het vlak van welzijn en jeugdhulp. Deze domeinen zijn zeer relevant om een integrale aanpak voor gezond gewicht te realiseren, waarin de verbinding wordt gelegd tussen preventie, sociaal domein en zorg, maar ook met ruimtelijk en economisch beleid. Het onlangs gesloten Nationaal Preventieakkoord en de daarin opgenomen (nog te ontwikkelen) lokale, integrale en samenhangende aanpakken, is een volgende ontwikkeling op dit gebied.

Voor gemeenten is door de decentralisaties ook steeds meer ruimte ontstaan om aanpakken te realiseren die passen bij de lokale opgaven en de specifieke problematiek die lokaal speelt. Ook is het van belang dat deze aanpakken binnen de sociale dynamiek en cultuur in de gemeente passen, en aansluiten bij de lokale mogelijkheden (netwerken, partners en faciliteiten) die reeds bestaan. In steeds meer gemeenten gebeurt dat al. Gemeenten adapteren deze nieuwe taken en verantwoordelijkheden in verschillend tempo. Sommige gemeenten maken zich de nieuwe taken snel eigen, terwijl andere gemeenten nog volop bezig zijn om invulling te geven aan het realiseren van integraal beleid. De behoeften van gemeenten aan ondersteuning bij het realiseren van integrale aanpakken rondom gezond gewicht krijgen dus vorm in de context van de decentralisaties. De sturing op en de vormgeving van de ondersteuningsstructuur *Overgewicht jeugd* is hierin nog maar beperkt mee ontwikkeld.

Daarnaast zitten gemeenten in verschillende fasen wat betreft hun ontwikkeling van integraal beleid. Ook dit leidt tot uiteenlopende ondersteuningsbehoeften. Er zijn gemeenten die tot de echte vernieuwers kunnen worden gerekend, gemeenten die *early adopters* zijn, maar ook gemeenten die minder snel zijn in het vernieuwen. Het gaat niet alleen om een verschil in *tempo* tussen gemeenten, maar ook om verschillende *kenmerken* van gemeenten². Denk hierbij aan de flexibiliteit, het lerend vermogen, de beleidsrijkheid, de organisatiekracht en ook de bestuurskracht in gemeenten. Dit soort factoren bepalen of een gemeente een vernieuwing of verandering in werkwijze en aanpak kan inschatten, deze kan onderbrengen in het eigen beleid en kan vertalen naar de uitvoering in een integrale praktijk.



² *Diffusion of innovations*, E.M. Rogers, 1962

1.3 De evaluatievraag

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd een ex-durante evaluatie uit te voeren naar het beleid op overgewicht bij de jeugd en de zogenaamde ondersteuningsstructuur in het bijzonder. Het doel van de evaluatie is na te gaan of de zogenaamde ondersteuningsstructuur de gemeenten voldoende handelingsperspectief biedt, of dat er aanleiding is de ondersteuningsstructuur te wijzigen. De onderzoeksvraag luidt:

Is het VWS-beleid, door uitvoering van onder andere de programma's die zijn ingericht om gemeenten te ondersteunen bij het bevorderen van gezond gewicht onder jeugdigen, voldoende doeltreffend in het voorzien in handelingsperspectief aan gemeenten en het stimuleren van gemeenten om op een effectieve wijze in te zetten op een gezond gewicht bij de jeugd, zoals gesteld in de wettelijke kaders? Daarnaast is gekeken naar het effect dat wordt ervaren in de wijk (fysieke omgeving) door inwoners: jeugdigen en ouders.

Voor de twee deelvragen zijn twee aparte evaluatiekaders gemaakt (zie bijlage 1).

1.4 Positionering van de vraag

In de positionering van de onderzoeksvraag is het van belang het onderwerp van deze evaluatie, de ondersteuningsstructuur, scherp af te bakenen. De ondersteuningsstructuur helpt gemeenten (en andere lokale actoren) in het vormgeven van hun (wettelijke) preventieve taken en de uitvoering daarvan. Onderdeel hiervan is het realiseren van integrale aanpakken gericht op het voorkomen en terugdringen van overgewicht en/of obesitas. In deze evaluatie staat de *ervaring* van gemeenten met de ondersteuningsstructuur centraal, en wordt ook gekeken wat ouders en kinderen in hun buurt of wijk ervaren aan verandering.

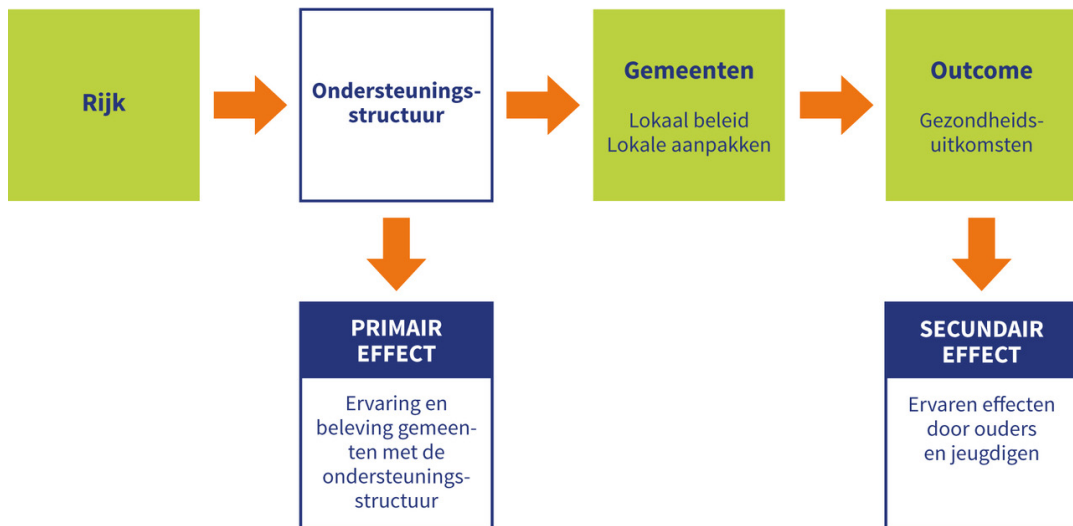
1.4.1 Afbakening van het onderwerp van de evaluatie

Om tot een effectieve evaluatie te komen, is een goede afbakening nodig. Deze is in overleg met de opdrachtgever tot stand gekomen:

- In de evaluatie kijken we naar de programma's die landelijk geïnitieerd zijn om gemeenten te ondersteunen bij het bevorderen van gezond gewicht onder jeugdigen. Deze gezamenlijke programma's noemen we 'de ondersteuningsstructuur'. Zie voor een verdere duiding van de ondersteuningsstructuur hoofdstuk 4.
- In de evaluatie kijken we naar programma's, niet naar interventies. We kijken bovendien naar de ondersteuningsstructuur als *geheel*, niet naar de afzonderlijke programma's. Tegelijkertijd zijn de programma's die deel uitmaken van de ondersteuningsstructuur zeer divers van karakter en ook heel divers vormgegeven. We hechten eraan te benadrukken dat de bevindingen en conclusies daarom niet zonder meer op de afzonderlijke programma's van toepassing zijn.
- In de evaluatie kijken we naar de ervaring van gemeenten met de ondersteuningsstructuur zoals die *nu* is vormgegeven.
- In de evaluatie bakenen we de ondersteuningsstructuur inhoudelijk af door naar de programma's te kijken die gezond gewicht onder jeugdigen als primaire focus hebben óf dit onderwerp als één van de expliciete aandachtsgebieden heeft.
- In deze evaluatie is niet gekeken naar de *effecten* van de ondersteuningsstructuur. Er is niet onderzocht of deelname aan (programma's uit) de ondersteuningsstructuur daadwerkelijk leidt tot integraal beleid op het gebied van gezond gewicht (blokje

‘Gemeenten’ in de figuur hieronder). Hierop zijn immers veel meer factoren van invloed dan het al dan niet deelnemen aan programma’s in de ondersteuningsstructuur.

- In de evaluatie is niet gekeken of deelname aan programma’s uit de ondersteuningsstructuur leidt tot een *afname van overgewicht* onder jeugdigen (blokje ‘Outcome’). Enkele jaren geleden is het *IBO Gezonde leefstijl* opgeleverd, over de effectiviteit van beleid op het vlak van gezonde leefstijl, waarin onder andere deze vraag is behandeld.
- Ten aanzien van de tweede deelvraag in deze evaluatie, die gaat over de effecten die ouders en kinderen ervaren in de wijk, is van belang te benadrukken dat ouders en kinderen als zodanig geen *doelgroep* of *gebruiker* van de ondersteuningsstructuur zijn. Zij zijn de uiteindelijke doelgroep van gemeentelijk beleid en ervaren hoogstens indirect effecten in de wijk die tot stand zijn gebracht met behulp van programma’s uit de ondersteuningsstructuur. Ouders en kinderen signaleren veranderingen, hebben opvattingen en er vallen hen dingen op die relevant zijn in de vormgeving van de ondersteuningsstructuur.



1.5 Lerend evalueren

Deze ex-durante evaluatie is één van de evaluaties die wordt uitgevoerd in het kader van de pilot *Lerend evalueren*. Deze pilot, die onder andere door VWS wordt uitgevoerd, heeft als doel de kwaliteit van beleidsevaluaties (verder) te verbeteren. Het uitvoeren van een evaluatie maakt onderdeel uit van de beleidscyclus. Daarom is het van belang dat er geleerd wordt van de resultaten van de evaluatie³ en dat de resultaten worden gebruikt voor verdere verbetering van beleid.

In de aanpak van de evaluatie vragen de volgende elementen bijzondere aandacht:

- Het betrekken van de praktijk door het raadplegen van uitvoerende instanties en/of burgers
- Het borgen van de onafhankelijkheid
- Het toepassen van vernieuwende onderzoeksmethodieken (waar mogelijk)

³ Brief Tweede Kamer over ‘Pilot evaluaties VWS’, d.d. 14 september 2017

AEF heeft er voor gekozen het *lerende karakter* ook toe te passen op de inrichting van de evaluatie *zelf* en de werkvormen die in de uitvoering van de evaluatie zijn ingezet. Zo is gekozen voor groepsinterviews, waarin betrokkenen niet alleen in gesprek zijn met de onderzoekers, maar ook met elkaar. Zodoende is kennisuitwisseling gefaciliteerd en konden gemeenten leren van elkaar en elkaars ervaringen.

1.5.1 Borging van de onafhankelijkheid

Het onafhankelijke karakter is in de uitvoering van deze evaluatie op drie niveaus geborgd. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd door AEF, een onafhankelijk adviesbureau. AEF is aangesloten bij de Raad van Organisatie Adviesbureaus (ROA) en onderschrijft de ROA-code. Dit is een gedragscode waarin vier kernwaarden centraal staan: deskundigheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en professionele onafhankelijkheid. De professionele onafhankelijkheid is geborgd in de uitvoering van de evaluatie.

Ten tweede is in de uitvoering van deze evaluatie samengewerkt met zowel onafhankelijke experts als onafhankelijke leden in het evaluatieteam:

- Prof. dr. Ir. J.C. Seidell (hoogleraar Nutrition and Health aan de Vrije Universiteit Amsterdam)
- Prof. dr. K. Stronks (hoogleraar Public Health aan het Amsterdam UMC, locatie Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam)

Deze onafhankelijke experts hadden een rol in de toetsing van het evaluatiekader, de uitwerking van de onderzoeksmethoden, het toetsen en interpreteren van de bevindingen, het voorzitten van een expertbijeenkomst en het meelesen met onderhavige rapportage, waarvan de inhoud overigens geheel voor de verantwoordelijkheid van AEF komt.

Tot slot is de onafhankelijkheid geborgd doordat in het kader van de evaluatie twee expertbijeenkomsten zijn georganiseerd. Enerzijds met het oog op het valideren van de bevindingen en anderzijds met betrekking tot het ophalen van input voor de aanbevelingen. De betrokken experts zijn:

- Prof. dr. P. Kenis (hoogleraar Public Governance, TIAS, Universiteit Tilburg)
- Dr. J.M.M. de Gouw (directeur Publieke Gezondheid, GGD Holland-Midden)
- Mw. T. Tom (themadirecteur Sociaal Domein bij de gemeente Utrecht en voorzitter Netwerk directeuren sociaal domein)
- Dr. D. Collard (senior onderzoeker Mulier Instituut)
- Dr. ir. J.M.A. Boer (onderzoeker en senior epidemioloog RIVM)

1.5.2 Begeleiding van de evaluatie

Zoals gezegd heeft AEF er voor gekozen het *lerende karakter* ook toe te passen op de inrichting van de evaluatie. Er is niet gekozen voor een begeleidingscommissie waarin de uitvoering van de evaluatie ‘op afstand’ is gevolgd. In plaats daarvan is ervoor gekozen alle belanghebbenden een actieve rol te geven in en te betrekken bij de uitvoering van de evaluatie.

- **Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).** De VNG is actief betrokken bij de uitvoering van de evaluatie. Bij aanvang is met de VNG gesproken over de opzet van de evaluatie en de wijze waarop gemeenten het best betrokken konden worden. In aanvulling daarop heeft de VNG in haar expertrol input geleverd voor de evaluatie. Daarnaast heeft de VNG de bevindingen getoetst en heeft de VNG meegelesen met het concept-rapport en de aanbevelingen.

- **Accounthouders.** De accounthouders zijn beleidsadviseurs van VWS en LNV die optreden als functioneel opdrachtgever voor de programma's in de ondersteuningsstructuur. Zij hebben in de expertrol input geleverd voor de evaluatie. Daarnaast hebben zij de bevindingen getoetst en hebben zij meegelezen met het concept-rapport en de aanbevelingen. Het ministerie van Financiën was betrokken vanuit haar deelname aan de pilot Lerend evalueren. Het ministerie is geïnformeerd over de aanpak en was aanwezig bij het bespreken van het concept-rapport.
- **Programmamanagers.** De programmamanagers van de diverse programma's uit de ondersteuningsstructuur hebben in de expert-rol input geleverd voor de evaluatie.

1.6 Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit een A- en een B-deel. In deel A staat de eerste deelvraag, over de ervaring van gemeenten met de ondersteuningsstructuur, centraal. In deel B komt de tweede deelvraag, over de effecten die ouders en kinderen ervaren in de wijk, aan de orde. Deel A en B worden vooraf gegaan door een algemeen deel.

Algemeen deel

- Hoofdstuk 1 van deze rapportage bevat de onderzoeksvragen, positioneert de onderzoeksvraag en geeft aan op welke wijze invulling is gegeven aan het Lerend evalueren. Dit hoofdstuk sluit af met een leeswijzer.
- Hoofdstuk 2 bevat conclusies en aanbevelingen.

Deel A

Dit deel bevat de volgende hoofdstukken:

- Hoofdstuk 3 beschrijft de aanpak ten aanzien van de eerste deelvraag en bevat een methodische verantwoording.
- Hoofdstuk 4 schetst de wettelijke kaders en geeft een duiding van de ondersteuningsstructuur.
- Hoofdstuk 5 beschrijft ervaringen met de ondersteuningsstructuur.
- Hoofdstuk 6 gaat over het gebruik en de doelmatigheid van de ondersteuningsstructuur.
- Hoofdstuk 7 gaat in op de aanvullende ondersteuningsbehoeften van gemeenten.
- Hoofdstuk 8 geeft inzicht in de sturing op de ondersteuningsstructuur.

Deel B

In dit deel zijn de volgende twee hoofdstukken te vinden:

- Hoofdstuk 9 beschrijft de aanpak ten aanzien van de tweede deelvraag en bevat een methodische verantwoording.
- Hoofdstuk 10 beschrijft het perspectief van ouders en kinderen op de effecten die zij merken in hun buurt of wijk.

2 Conclusies en aanbevelingen

2.1 Conclusies

2.1.1 Algemeen oordeel

De ondersteuningsstructuur overgewicht jeugd voorziet in handelingsperspectief voor gemeenten en andere lokale actoren. Gemeenten ervaren de behulpzaamheid van de ondersteuningsstructuur met name bij het agenderen van gezond gewicht als vraagstuk en in de fase van beleidsuitvoering. Vrijwel alle gemeenten worden bereikt door één of meer programma's uit de ondersteuningsstructuur. Ongeveer 60% van de gemeenten neemt deel aan een programma dat zich primair richt op de gemeentelijke organisatie. Programma's ondersteunen vooral bij het realiseren van een intersectorale aanpak rondom gezond gewicht.

Tegelijkertijd geven gemeenten aan dat de ondersteuningsstructuur over het algemeen beperkt aansluiting zoekt bij de specifieke ondersteuningsbehoeften van gemeenten. De programma's uit de ondersteuningsstructuur werken vanuit een eigen programmering en veelal vanuit een eigen 'formule'. De gemeenten hebben daar weinig tot geen invloed op, maar zouden dit wel graag willen.

Met de decentralisaties hebben de gemeenten meer taken en verantwoordelijkheden gekregen. Gemeenten hebben hierdoor steeds meer ruimte gekregen. Daarbij hebben ze de opdracht gekregen gemeentelijk beleid en lokale aanpakken te ontwikkelen die passen bij de lokale context, partners en opgaven. De vormgeving van en de sturing op de ondersteuningsstructuur is nog niet mee ontwikkeld: gemeenten hebben geen rol in de sturing op de ondersteuningsstructuur *als geheel* en hebben zeer beperkt een rol in de sturing op afzonderlijke programma's.

2.1.2 Deelconclusies

Bovenstaand algemeen oordeel komt tot stand op basis van onderstaande deelconclusies die zijn getrokken in het kader van de **eerste deelvraag** van het onderzoek, waarin de ervaringen van gemeenten met de ondersteuningsstructuur centraal staan:

1. Het doel van de ondersteuningsstructuur is niet geëxpliciteerd

De ondersteuningsstructuur is wettelijk verankerd in de Wpg en wordt toegespitst op het RIVM. De lang- en kortlopende programma's maken beiden deel uit van de ondersteuningsstructuur. Er bestaat geen nadere concretisering van het doel van dit deel van de ondersteuningsstructuur, de afbakening ervan en de verhouding tussen de (verschillende onderdelen van de) ondersteuningsstructuur en andere beleidsinstrumenten. De functie van

de ondersteuningsstructuur zou wel kunnen worden afgeleid van de taken en verantwoordelijkheden die gemeenten hebben (gekregen).

2. De ondersteuningsstructuur heeft een groot bereik

Vrijwel alle gemeenten worden bereikt door één of meer programma's uit de ondersteuningsstructuur. Ongeveer 60% van de gemeentelijke organisaties neemt deel aan een programma dat gemeenten als primaire doelgroep heeft. In vrijwel alle andere gemeenten nemen andere lokale partners (zoals scholen, kinderdagverblijven en sportondernemers) deel aan een programma uit de ondersteuningsstructuur. Bijna de helft van de gemeenten (44%) neemt deel aan drie of vier programma's. In slechts twee gemeenten wordt aan geen van de programma's uit de ondersteuningsstructuur deelgenomen.

3. Kleinere gemeenten met een hoge prevalentie van overgewicht en/of obesitas worden in mindere mate bereikt door de ondersteuningsstructuur

De ondersteuningsstructuur heeft een groter bereik onder gemeenten die groter zijn, een meer stedelijk karakter hebben en zwakker scoren op sociale indicatoren. In deze gemeenten komt overgewicht/obesitas relatief vaak voor, en het gebruik van de ondersteuningsstructuur is voor deze gemeenten in overeenstemming met de omvang van de problematiek.

Gemeenten die weliswaar een zwakke sociale structuur hebben, maar kleiner zijn en doorgaans geen stedelijk karakter kennen, hebben vaker een relatief hoge prevalentie van overgewicht en/of obesitas onder jeugdigen. Deze gemeenten worden echter ten onrechte minder goed bereikt door de ondersteuningsstructuur.

4. De ondersteuningsstructuur biedt handelingsperspectief, met name gericht op agendering en beleidsuitvoering

Gemeenten geven aan dat de ondersteuningsstructuur hen met name ondersteunt in het agenderen van *gezond gewicht* als vraagstuk en in de beleidsuitvoering. Zij voelen zich door de programma's in de ondersteuningsstructuur minder ondersteund bij het vormen van (integraal) beleid en de monitoring van (de uitvoering of effecten) van beleid. Een deel van de gemeenten geeft aan hier wel behoefte aan te hebben. Kennis over monitoren en evalueren van aanpakken is overigens wel beschikbaar en wordt door (kennis)instellingen, zoals het RIVM, beschikbaar gesteld.

De ondersteuningsstructuur ondersteunt gemeenten vooral in het realiseren van *intersectoral action*: het in de beleidsuitvoering (in concrete activiteiten) verbinden van het domein van publieke gezondheid met bijvoorbeeld welzijn, het brede sociaal domein of ruimtelijke ordening. Zij ondersteunt minder op het (samenhangend) verankeren van het thema gezondheid (of gezond gewicht) in het beleid van deze domeinen: *health in all policies*. Dit is echter wel nodig om effectief beleid te realiseren.

5. Gemeenten ervaren de ondersteuningsstructuur als overwegend aanbodgericht

De werkwijze van de ondersteuningsstructuur wordt door een deel van de gemeenten ervaren als te veel aanbodgericht. Daarmee bedoelen gemeenten en andere lokale actoren dat zij 'gestandaardiseerde' diensten en producten kunnen afnemen van de ondersteuningsstructuur, maar dat de ondersteuningsstructuur maar beperkt kan ondersteunen in de specifieke wensen en behoeften die de gemeenten hebben (vraaggericht). Gemeenten ervaren dat een aantal programma's een sterke formule heeft, die beperkt ruimte biedt om te 'modelleren' naar lokale behoeften of lokaal beleid.

6. Gemeenten hebben aanvullende ondersteuningsbehoeften op het vlak van kennisontwikkeling, stakeholdersmanagement en zicht krijgen op ‘wat werkt’

Een deel van de gemeenten geeft aan behoefte te hebben aan een brede kennisbasis, als fundament voor (integraal) lokaal beleid rondom gezond gewicht. De bijeenkomsten die door specifieke programma's uit de ondersteuningsstructuur worden georganiseerd, worden overigens breed gewaardeerd.

Daarnaast geven gemeenten aan graag beter zicht te krijgen op ‘wat werkt’ en wat de werkzame elementen uit (de programma's in) de ondersteuningsstructuur zijn. Dit is voor hen een relevant element in de afweging op welke activiteiten in te zetten of aan welk programma deel te nemen.

Tot slot geeft een deel van de gemeenten aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het vormgeven van het stakeholdersmanagement, waaronder het mobiliseren van lokale actoren en het vergroten van de kwaliteit van de samenwerking. De ondersteuningsstructuur biedt in zeker opzicht wél ondersteuning op dit punt, maar organiseert dit vaker zelf dan dat gemeenten beter in staat stelt om dit zelf te doen.

7. Gemeenten hebben geen rol in de sturing op de ondersteuningsstructuur

De minister heeft de wettelijk verankerde verantwoordelijkheid [...] zorg te dragen voor de instandhouding en verbetering van een landelijke ondersteuningsstructuur (art. 3 Wpg). In de praktijk heeft dit vorm gekregen doordat VWS —en in een enkel geval ook andere departementen— programma's initieert en financiert.

Gemeenten hebben geen rol in de governance van de ondersteuningsstructuur als geheel. Dit ligt wel voor de hand, gegeven de taken en verantwoordelijkheden die gemeenten hebben op het vlak van preventie van o.a. overgewicht en obesitas bij jeugdigen. Gemeenten willen deze rol ook graag, zodat een nog betere aansluiting van de (activiteiten in de) ondersteuningsstructuur op de lokale ondersteuningsbehoefte kan worden gerealiseerd.

In het kader van de **tweede deelvraag** over de effecten die ouders en kinderen ervaren, zijn de volgende deelconclusies getrokken op basis van de zes focusgroepen die in drie gemeenten zijn georganiseerd met ouders als kinderen:

8. Ouders geven aan gezond opgroeien allereerst een verantwoordelijkheid van henzelf te vinden en ook kinderen vinden dat zij zelf een rol hebben

Ouders voelen zich allereerst zelf verantwoordelijk voor het gezond opgroeien van hun kinderen. Ouders ervaren de school als een vertrouwde en laagdrempelige partner, die hen kan informeren over en stimuleren tot een gezonde leefstijl. Ook kinderen zien een belangrijke rol voor zichzelf als het gaat om gezond leven. De manier waarop ondersteuning aan ouders wordt aangeboden luistert nauw: ouders willen zelf keuzes kunnen (blijven) maken. Tegelijkertijd geven ouders aan dat de overheid kan helpen door meer regulerend op te treden en het maken van gezonde keuzes daarmee te stimuleren.

9. Ouders signaleren veranderingen op specifieke terreinen en waarderen dit positief

Ouders ervaren, ten opzichte van de tijd waarin zij zelf opgroeien, een groter aanbod van ongezond eten. Ouders geven aan soms niet te weten wat de gezonde keuze is en behoefte te hebben aan informatie en advies. In de drie gemeenten nemen de basisscholen deel aan het nationale schoolontbijt, wat door kinderen om uiteenlopende redenen (leuk, lekker, gratis) positief gewaardeerd wordt. Ook wordt op alle scholen aandacht besteed aan gezonde traktaties. In twee van de drie gemeenten wordt schoolfruit uitgedeeld. Ouders waarderen dit positief. In één gemeente voert de school een beleid waarbij kinderen geen sap of fris mogen

meenemen. De ouders die deelnamen aan de focusgroep wiens kinderen hier op school zitten ervaren dit als een positieve verandering. De ouders op de andere scholen, waar dit geen beleid is, wijzen een dergelijke maatregel juist expliciet af. De school koos er in deze gevallen voor geen beleid te gaan voeren op dit punt.

Als het gaat om beweging, ervaren ouders in één gemeente een duidelijk verschil met vroeger als het gaat om de mogelijkheden om buiten te spelen, te bewegen en deel te nemen aan sportactiviteiten. Zij hebben de indruk dat er meer aanbod is dan een aantal jaar geleden. In de andere twee gemeenten is het beeld minder duidelijk. Enerzijds geven ouders aan dat er druk staat op voorzieningen (bijvoorbeeld zwemlessen), anderzijds is er het gevoel dat er voldoende aanbod is. Kinderen geven aan dat zij vooral deelnemen aan sportactiviteiten in de buurt: zij willen niet ver van huis hoeven om te kunnen sporten.

2.2 Aanbevelingen

Bovenstaande deelconclusies leiden tot een aantal aanbevelingen, die zich (tenzij anders aangegeven) richten op het ministerie van VWS.

1. Geef nadere uitwerking aan het doel van de ondersteuningsstructuur⁴

- Expliciteer de functie van de ondersteuningsstructuur, die al wettelijk geborgd is, ook in relatie tot andere beleidsinstrumenten.
- Definieer ten behoeve van welke vraagstukken (onder andere welke doelgroepen en in welke fasen van de beleidscyclus) de ondersteuningsstructuur een rol heeft richting gemeenten en andere lokale actoren. Definieer ook de mate van integraliteit in beleid en uitvoering⁵ die met de ondersteuningsstructuur wordt nagestreefd.
- Verhelder de positionering van de programma's in relatie tot de andere onderdelen van de ondersteuningsstructuur (met name de kennisinstituten en het RIVM).

2. Bevorder dat de afzonderlijke programma's die onderdeel uitmaken van de ondersteuningsstructuur een integrale lokale aanpak stimuleren

- Vertaal de uitwerking van aanbeveling 1 naar sturing op de individuele programma's (inhoudelijk).
- Borg in de programma's die zich niet primair op gemeenten richten dat zij ertoe aanzetten de gemeente wel (als verantwoordelijke voor de publieke gezondheid) te betrekken. Dit met als doel de lokale integrale aanpak te bevorderen.
- Borg in de sturing op de ondersteuningsstructuur als *geheel* de samenhang tussen de afzonderlijke programma's.

⁴ Zie ook de brief aan de Tweede Kamer over 'Pilot evaluaties VWS', d.d. 14 september 2017: "Door de beleidstheorie transparant te formuleren [...] kunnen de effecten en de doelmatigheid van beleid beter worden ingeschat"

⁵ Zie paragraaf 9.2. Intersectoral action (AI), healthy public policy (HPP) en health in all policies (HiAP)

3. Bevorder dat de ondersteuningsstructuur (nog beter) aansluiting zoekt bij de lokale ondersteuningsbehoeften

- Laat de ondersteuningsbehoefte van gemeenten en ook de variaties in lokale contexten en aanpakken meer leidend zijn in de ondersteuning die aan gemeenten geboden wordt, inclusief de behoefte van een deel van de gemeenten meer ondersteuning te krijgen bij het tot stand komen van (integraal) beleid.
- Realiseer dat ook kleinere gemeenten, met een minder stedelijk karakter, maar met wel degelijk een relatief hoge prevalentie van overgewicht en/of obesitas (nog) betere aansluiting vinden op de programma's in de ondersteuningsstructuur.

4. Maak gemeenten mede-opdrachtgever van de ondersteuningsstructuur

- Geef gemeenten, in lijn met de wettelijke verantwoordelijkheden die zij hebben sinds de decentralisaties, een expliciete rol in sturing op de ondersteuningsstructuur *als geheel*, zodat zij een rol hebben in de afwegingen ten aanzien van de ambities, de inrichting en het functioneren van de ondersteuningsstructuur.
- Vraag gemeenten hun ondersteuningsbehoeften, in dit geval op het vlak van de preventie van overgewicht en/of obesitas, te expliciteren ten behoeve van een zo optimaal mogelijke inrichting van de ondersteuningsstructuur.

5. Verken of, en -zo ja- hoe de ondersteuningsstructuur kan voorzien in aanvullende gemeentelijke ondersteuningsbehoeften

- Ga na of op de ondersteuningsbehoeften die gemeenten hebben benoemd (het ontwikkelen van een brede kennisbasis, stakeholdersmanagement, zicht op 'wat werkt') al ondersteuningsaanbod is ingericht.
- Zorg, indien nodig, voor een betere ontsluiting van het ondersteuningsaanbod voor gemeenten die mogelijk nog onvoldoende 'gevonden' worden.

3 Aanpak en methodische verantwoording

3.1 Aanpak

Voor deze evaluatie is een combinatie van onderzoeksmethoden ingezet. Hierdoor werd het mogelijk om gericht informatie op te halen die past bij de betreffende stakeholder en bij de onderdelen uit het evaluatiekader waarover informatie moest worden opgehaald.

ERVARING VAN GEMEENTEN MET DE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUUR

- Desk research: documenten en websites
- Individuele interviews met programmamanagers van de programma's uit de ondersteuningsstructuur
- Groepsinterview met de programmamanagers
- Groepsinterview met de accounthouders van de programma's

- Casestudies 23 gemeenten
- Groeps- en individuele interviews gemeenten over ervaring van de ondersteuningsstructuur
- Interviews met professionals over ervaring van de ondersteuningsstructuur
- Cijfermatige analyse i.s.m. GGD GHOR gericht op de doeltreffendheid van programma's

3.2 Betrekken van gemeenten

Ten behoeve van de uitvoering van de evaluatie zijn 23 gemeenten geselecteerd. Met deze gemeenten hebben (groeps)interviews plaatsgevonden. Ook zijn in drie van deze gemeenten focusgroepen met ouders en kinderen georganiseerd en heeft een beperkt aantal interviews met professionals plaatsgevonden. Er is bij de selectie van gemeenten rekening gehouden met de volgende kenmerken:

- **Uiteenlopende grootte.** Aanname is dat één van de factoren voor de mate waarin gemeenten gebruik maken van de ondersteuningsstructuur, de *omvang* van de gemeente is. Er is gekozen voor een spreiding over gemeenten van verschillende grootte: klein, middelgroot en groot.
- **Prevalentie van overgewicht.** Aanname is dat de prevalentie van overgewicht een belangrijke factor is voor de urgentie die de aanpak van overgewicht in de gemeente heeft. Er is gekozen voor gemeenten met uiteenlopende prevalentie van overgewicht en obesitas.
- **Spreiding over GGD-regio's.** Aanname is dat de mate waarin gemeenten komen tot integraal beleid op de aanpak van overgewicht onder jeugdigen, mede afhankelijk is van de (keten)partners in de regio. De GGD is een kernspeler in keten van preventie en zorg.

- **Deelname aan programma's die zich primair op de gemeentelijke organisatie richten.** Aanname is dat gemeenten die deelnemen aan programma's uit de ondersteuningsstructuur die zich primair richten op de gemeentelijke organisatie (Gezond in... en JOGG) de ondersteuningsstructuur op een andere manier beleven en ervaren dan gemeenten die niet aan deze programma's deelnemen.

De programma's uit de ondersteuningsstructuur hebben informatie verstrekt over welke gemeenten deelnemen aan hun programma. Op basis hiervan is een overzicht samengesteld waarin zichtbaar is door welke gemeenten wordt deelgenomen aan welke programma's uit de ondersteuningsstructuur. Op basis daarvan zijn 20 GGD-regio's geïnterviewd (zie bijlage 2a). Zij hebben vanuit hun rol zicht op de gemeenten in hun regio. Er is gesproken met GGD medewerkers die zijn aangesloten bij een kennisnetwerk van GGD GHOR op het terrein van overgewicht en obesitas. Aan de GGD medewerkers is gevraagd aan te geven welke gemeenten uit hun regio interessant zijn te benaderen voor de evaluatie, bijvoorbeeld omdat de gemeente actief beleid voert rondom het thema gezond gewicht onder jeugdigen, omdat de gemeente dit juist niet doet, of omdat de gemeente een specifieke werkwijze heeft gekozen.

Op basis van informatie die bij de programma's is opgehaald en de interviews met de GGDen is een shortlist gemaakt van gemeenten. Deze gemeenten zijn benaderd voor deelname aan de evaluatie. Dit heeft geleid tot 23 gemeenten met een spreiding over de eerder genoemde kenmerken (zie bijlage 3).

3.3 Werkwijzen

3.3.1 Deskresearch

Ter voorbereiding op de gesprekken is gestart met het raadplegen van beschikbare documentatie over de (programma's in de) ondersteuningsstructuur. Het deskresearch had tot doel een helder beeld te krijgen van de wijze waarop de ondersteuningsstructuur is ingericht en hoe deze (beoogd) is te werken. Zie bijlage 4 voor de geraadpleegde documenten en websites.

3.3.2 (Groeps)interviews met programmamanagers en accountmanagers

Alle programmamanagers van de programma's uit de ondersteuningsstructuur zijn geïnterviewd (zie bijlage 2b). De interviews hadden tot doel een verdieping aan te brengen op het deskresearch en vragen die in dat verband nog niet voldoende waren beantwoord, helder te krijgen. Het ging om semigestructureerde interviews. Doel van deze gesprekken was een beeld te krijgen van de beoogde werking van de ondersteuningsstructuur. Vervolgens heeft met alle programmamanagers een gezamenlijk gesprek plaatsgevonden. In dit gesprek stond een aantal overkoepelende thema's centraal.

Daarnaast is gesproken met de accountmanagers van de verschillende programma's bij VWS en LNV. In dit groepsinterview stond de sturing op de ondersteuningsstructuur centraal.

3.3.3 Casestudies gemeenten

Van de 23 geselecteerde gemeenten (zie paragraaf 2.2, en bijlage 3) is, ter voorbereiding op de interviews met deze gemeenten, een casestudy uitgevoerd. De casestudies hadden tot doel

na te gaan hoe het beleid rondom gezond gewicht en de aanpak in de gemeente eruit ziet. Hiertoe is gekeken naar:

- De lokale nota gezondheidsbeleid (voor zover beschikbaar)
- Aanvullende documenten zoals ontvangen van de desbetreffende gemeenten, waaronder beleidsnota's, projectplannen, et cetera.

De casestudies resulteerden in een 'foto' per gemeente, waarin de documentatie uit iedere gemeente op een aantal aspecten is bekeken. De 'foto' vormde de basis voor de (groeps)interviews met gemeenten.

3.3.4 (Groeps)interviews gemeenten en professionals

Met de 23 gemeenten zijn (groeps)interviews gehouden. De topiclijst is opgenomen in bijlage 5. Het doel van deze groepsinterviews is:

- Nagaan hoe de gemeenten het landelijk beleid (de ondersteuningsstructuur) rondom overgewicht en obesitas beleven en in hoeverre dit behulpzaam is bij de ontwikkeling en uitvoering van lokaal beleid en het realiseren van een (integrale) aanpak.
- Nagaan welke redenen gemeenten hebben om geen gebruik te maken van de ondersteuningsstructuur.
- Gemeenten in de gelegenheid stellen hun ervaringen uit te wisselen en kennis te nemen van elkaars motieven om al dan niet deel te nemen aan programma's uit de ondersteuningsstructuur.

In aanvulling op de groepsinterviews met gemeenten is met een (beperkt) aantal professionals gesproken (zie bijlage 2e).

3.3.5 Cijfermatige analyse

In samenwerking met GGD GHOR is een analyse uitgevoerd naar de doelmatigheid van de ondersteuningsstructuur. Centraal staat de vraag of de 'juiste' gemeenten deelnemen aan programma's in de ondersteuningsstructuur. Onderzocht is het verband tussen de prevalentie van overgewicht en de deelname aan programma's. Tevens is onderzocht welke andere factoren de gemeenten kenmerkt die deelnemen aan (verschillende) programma's uit de ondersteuningsstructuur.

4 Wettelijke kaders en duiding van de ondersteuningsstructuur

4.1 Wettelijke kaders

Voor deze evaluatie zijn verschillende wetten en besluiten relevant. In de eerste plaats zijn dit:

- Wet publieke gezondheid
- Besluit publieke gezondheid
- Jeugdwet

Daarnaast zijn er verschillende wettelijke kaders die voor de evaluatie van de ondersteuningsstructuur als zodanig minder van directe relevantie zijn, maar op gemeentelijk niveau van groot belang zijn in het realiseren van integraal beleid over verschillende domeinen heen (zoals ruimtelijke ordening, welzijn en werk en armoedebeleid).

4.1.1 Wet publieke gezondheid

De Wet Publieke Gezondheid maakt de gemeenten hoofdzakelijk verantwoordelijk voor het bevorderen van de publieke gezondheid, in het bijzonder door de ‘continuïteit en samenhang binnen de publieke gezondheidszorg te bevorderen’ (Art. 2.1 Wpg, zie ook bijlage 6). Dit betekent dat de gemeente ‘actief naar buiten treedt om samen met anderen [...] de benodigde activiteiten op te zetten’⁶. Hiertoe draagt de gemeente in ieder geval zorg voor ‘het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma’s, met inbegrip van programma’s voor de gezondheidsbevordering’ (Art. 2.2, onderdeel b, Wpg en bijlage 1). Dit doet de gemeente onder andere door het uitvoeren van programma’s die gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid, waaronder het stimuleren van een gezonde leefstijl en het zoveel mogelijk voorkomen van overgewicht en obesitas.

Iedere vier jaar stelt de Raad een *Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid* vast. Hierin geeft de gemeente aan welke doelstellingen zij stelt om invulling te geven aan het bevorderen van de continuïteit en samenhang binnen de publieke gezondheidszorg, en welke acties worden ondernomen om deze doelstellingen te realiseren (artikel 13, lid 2, onderdeel a en b, Wpg / bijlage 6).

Het is ook deze wet waarin de **ondersteuningsstructuur** zijn oorsprong vindt. Het ministerie van VWS heeft de wettelijk verankerde verantwoordelijkheid de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg te bevorderen en zorg te dragen voor de instandhouding en

⁶ Memorie van toelichting bij Wet publieke gezondheid, artikelsgewijze toelichting op artikel 2.

verbetering van een landelijke ondersteuningsstructuur (art. 3 Wpg / bijlage 6). In de toelichting op dit artikel⁷ wordt aangegeven dat de minister via het RIVM zorgt voor landelijke ondersteuning van de publieke gezondheidszorg. Rondom het thema gezond gewicht is de ondersteuningsstructuur echter veel uitgebreider: ook via diverse landelijke ondersteuningsprogramma's wordt ondersteuning geboden aan gemeenten (en andere lokale actoren) bij het vormgeven van preventief gezondheidsbeleid op dit terrein. We komen hierop terug in paragraaf 4.3.

4.1.2 Besluit publieke gezondheid

In het Besluit publieke gezondheid is opgenomen dat de taken die gemeenten hebben⁸, in ieder geval 'het in stand houden van een structuur voor de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering' (artikel 2, lid 2 Bpg) omvat. Er is echter niet voorgeschreven hoe deze 'structuur' er uit moet zien. De mate waarin er sprake is van een 'structuur' verschilt per gemeente. In het kader van deze evaluatie is hier geen nader onderzoek naar gedaan, maar deze 'structuur voor samenwerking' zou bijvoorbeeld op het vlak van allerlei preventieve taken een 'bedding' kunnen vormen waarop de landelijke ondersteuningsstructuur aansluiting vindt.

4.1.3 Jeugdwet

In het kader van de Jeugdwet hebben gemeenten de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat jeugdigen gezond en veilig opgroeien (artikel 2.3 Jeugdwet). Waar dit niet vanzelf gaat, hebben gemeenten de taak hulp of ondersteuning te bieden. Vanuit de Jeugdwet is het bijvoorbeeld mogelijk om (individuele) hulp of ondersteuning in te zetten voor jeugdigen die niet vanzelfsprekend gezond opgroeien, omdat zij te maken hebben met overgewicht en/of obesitas. In de Jeugdwet is geen sprake van een ondersteuningsstructuur. Wel zijn er landelijke diverse (ondersteunende) programma's ingericht die gemeenten, ook nu nog, ondersteunen bij het uitvoeren van hun taken in het kader van de Jeugdwet. Voorbeelden hiervan zijn het programma Zorg voor jeugd en het programma Sociaal Domein. Beide programma's worden uitgevoerd in bestuurlijk partnerschap tussen Rijk en gemeenten.

4.1.4 Overige wettelijke kaders

Naast deze twee wettelijke kaders hebben gemeenten onder andere ook taken op het gebied van werk en inkomen, armoedebeleid, ruimtelijke ordening en welzijn. Deze gebieden zijn van groot belang: jeugdigen met overgewicht of obesitas groeien vaak op in omstandigheden waarin sprake is van meer dan alleen overgewicht. Een relatief groot deel van de jeugdigen met overgewicht of obesitas leeft in armoede, heeft ouders die geen werk hebben, et cetera. Om lokale integrale aanpakken te realiseren, zijn daarom ook de wettelijke kaders op deze terreinen van belang.

4.2 Sturen op realisatie van beleid: beleidsinstrumenten

Het algemene beleidsdoel van de overheid is de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheid te bevorderen, in dit geval gezond gewicht onder jeugdigen. De (Rijks)overheid

⁷ Memorie van toelichting bij Wet Publieke gezondheid, artikelsgewijze toelichting op artikel 7.

⁸ Op basis van artikel 2 lid 2, onderdeel d van de Wpg

zet een breed palet aan beleidsinstrumenten in om deze ambities te realiseren. Er kan onderscheid worden gemaakt in ruwweg drie groepen beleidsinstrumenten⁹:

- **Communicatieve instrumenten** betreffen bijvoorbeeld het geven van voorlichting of het verstrekken van informatie, maar ook het (inrichten van) een kennis- of expertisecentrum (o.a. het RIVM of Pharos).
- **Financiële instrumenten** zijn bijvoorbeeld het verstrekken van specifieke uitkeringen (o.a. de GIDS-middelen), het heffen van belastingen ('suikertax') en verstrekken van subsidies (onder andere Sportimpuls).
- **Juridische instrumenten** zijn bijvoorbeeld het sluiten van convenanten (denk aan afspraken met de levensmiddelenindustrie), het maken van beleidsregels of het ontwikkelen van een systeem van certificering (denk aan 'Gezonde schoolkantine').

Bij het realiseren van beleid(sdoelen) zoekt de overheid naar de juiste mix van beleidsinstrumenten. Deze instrumenten dragen idealiter ieder bij aan de realisatie van beleid en vormen gezamenlijk een logisch geheel. De ondersteuningsstructuur bevat een mix van zowel financiële- als communicatieve beleidsinstrumenten.

4.3 De ondersteuningsstructuur is gelaagd

4.3.1 Infrastructuur, stayers en sprinters

De ondersteuningsstructuur (art. 3, Wpg) richt zich op een breed scala aan onderwerpen in het kader van publieke gezondheid. Gezond gewicht (onder jeugdigen) is één van de thema's waar de ondersteuningsstructuur aandacht aan besteedt. Wat 'de ondersteuningsstructuur' is, is niet zozeer gedefinieerd, maar de volgende gelaagdheid is zichtbaar:



Allereerst is er sprake van een ondersteunende 'infrastructuur'. Deze infrastructuur bestaat uit instituten, in het bijzonder het RIVM en GGD GHOR, onderzoeksinstituten (zoals het Mulier Instituut) en diverse kenniscentra. In het veld van publieke gezondheid en gezond opgroeien zijn dit bijvoorbeeld het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Pharos, het Nederlands Jeugdinstuut (Nji) en het Kenniscentrum Sport. Deze kenniscentra worden over het algemeen voor een groot deel gefinancierd vanuit de overheid.

Daarnaast zijn er programma's, regelingen en projecten. Deze vallen uiteen in langlopende programma's die tot de 'stayers' van de ondersteuningsstructuur kunnen worden gerekend. Hoewel deze programma's als zodanig geen permanent karakter kennen, zijn ze al lange tijd onderdeel van het ondersteuningslandschap en bieden ze gemeenten of andere lokale actoren al lange tijd ondersteuning. Denk hierbij aan Gezonde School en JOGG.

⁹ De hier gehanteerde indeling komt overeen met die Actal, het Adviescollege toetsing regeldruk gebruikt.

Tot slot zijn er kortdurende programma's, die we 'sprinters' noemen. Deze programma's (of subsidieregelingen) hebben een kortdurend karakter en leveren doorgaans een impuls, of stimuleren gemeenten op een specifiek inhoudelijk terrein. Denk hierbij aan Jong Leren Eten en Sportimpuls.

Hoewel het organisatorische onderscheid tussen de programma's enerzijds en ondersteunende infrastructuur anderzijds in zekere zin 'hard' is, is er wel degelijk een overlap in activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van kennisoverdracht (bijvoorbeeld 'weten wat werkt').



Figuur 2: illustratie van de ondersteuningsstructuur als continue in beweging

4.3.2 Ondersteuningsstructuur overgewicht jeugd vervlochten in bredere context

Naast de ondersteuningsstructuur die zich specifiek richt op overgewicht, zijn er ook diverse programma's en andere beleidsinstrumenten die gericht zijn op het stimuleren van een gezonde leefstijl in brede zin. Overgewicht kan hierbinnen in meer of mindere mate een aandachtspunt zijn. Deze aanpalende programma's kenmerken zich door een bredere formulering van haar doelstelling, waarin overgewicht één van de onderdelen kan zijn. Het gaat bijvoorbeeld om: Alles Is Gezondheid (Nationaal Programma Preventie) en Grenzeloos Actief. Deze aanpalende programma's beschouwen we in deze evaluatie dus niet als onderdeel van de ondersteuningsstructuur.

4.4 De huidige programma's in de ondersteuningsstructuur

Om een beeld te geven van wat de ondersteuningsstructuur is, beschrijven we de programma's die er momenteel deel van uitmaken.

Gezond in...

Gezond in... helpt gemeenten bij het versterken van hun lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Het programma richt zich primair op gemeenten. Pharos heeft een ondersteuningsprogramma ingericht. Een aantal projectleiders en accounthouders ondersteunt gemeenten vanuit dit programma onder andere in het maken van integraal beleid rondom gezondheidsachterstanden. Er zijn 155 gemeenten die zogenaamde GIDS-middelen via het gemeentefonds ontvangen. Over de inzet van deze middelen hoeven zij aan het Rijk geen verantwoording af te leggen: zij leggen verantwoording af aan de eigen gemeenteraad. In de periode 2014–2017 ontvingen GIDS-gemeenten via GIDS in totaal 70 miljoen euro verdeeld over deze periode van 4 jaar. In de periode 2018 t/m 2021 wordt het programma met een budget van 80 miljoen (totaal) voortgezet.

Jongeren op Gezond Gewicht

Het doel van het programma is het bijdragen aan het terugdringen van overgewicht en obesitas en het voorkomen daarvan. Daartoe wil het programma in 2020 ten minste één miljoen kinderen bereiken met de JOGG-aanpak. JOGG richt zich primair op de gemeentelijke organisatie, waar via de aanstelling van een JOGG-regisseur en een beleidsmedewerker gewerkt wordt aan een lokale aanpak waarin ook samenwerking wordt gerealiseerd met lokale actoren. De focus van het programma ligt op agendasetting, bestuurlijk draagvlak creëren, coaching en advies bieden aan gemeenten om de aanpak te realiseren en het stimuleren van publiek-private samenwerking. Het Nationaal Preventieakkoord zet in op een intensivering van de activiteiten van JOGG in de komende jaren. JOGG is een zelfstandige stichting. VWS subsidieerde in 2017 circa 80% van het budget, maar ook gemeenten en (private) partners dragen bij.

Gezonde School

Gezonde school heeft als doel om gezondheidsbevordering in het primair- voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs te versterken. Scholen kunnen een certificaat gezonde school aanvragen voor één of meerdere thema's, waaronder welbevinden, voeding, bewegen en sport. Het programma is een samenwerking tussen de PO-, VO- en MBO- Raad, GGD GHOR, RIVM en thema-instituten. Een aantal projectleiders en medewerkers van uiteenlopende partnerorganisaties is actief binnen het programma Gezonde School. Daarnaast zijn er bij elke GGD gezonde-school-adviseurs aangesteld. Momenteel zijn circa 1500 scholen 'Gezonde School'. Deze scholen zijn verspreid over een kleine 300 gemeenten.

Gezonde Schoolkantine

Gezonde schoolkantine heeft als doel om scholen van zowel het voortgezet als middelbaar beroepsonderwijs handvatten te bieden om een gezonde schoolkantine te realiseren. Het programma is gebaseerd op de Gezonde School methode en gaat uit van een integrale aanpak: niet alleen de kantine verbetert, maar ook in de lessen en bij andere activiteiten wordt aandacht besteed aan gezonder leven. De scholen kunnen een 'schaal' aanvragen waarmee zij aantonen dat zij over een gezonde schoolkantine beschikken. Er zijn ruim 200 scholen die over zo'n schaal beschikken. Het programma is ondergebracht bij het Voedingscentrum. Het programma bestaat sinds 2003.

Sportimpuls- kinderen sportief op gewicht

Sportimpuls bestaat sinds 2012 en heeft als doel om kinderen van 0 tot 18 jaar oud met (risico op) overgewicht te stimuleren om gebruik te maken van sportaanbod. Het programma richt zich op lokale sport- en beweegaanbieders. Zij ontwikkelen binnen het programma samen met partijen uit de lokale gezondheidszorg sport- en beweegaanbod voor kinderen met overgewicht en hun gezin. Sport- en beweegaanbieders kunnen een subsidie aanvragen voor het opstarten en uitvoeren van een project dat aan dit doel bijdraagt. De coördinatie van het programma is belegd bij ZonMW. 2018 was het laatste jaar waarin subsidies aangevraagd konden worden.

Gezonde Kinderopvang

Dit programma heeft als doel om samen met kinderopvangcentra en buitenschoolse opvangcentra te werken aan gezond opgroeien. Onderwerpen binnen het programma zijn o.a. bewegen, voedsel, sociaal-emotionele ontwikkeling en dagritme. In een ‘train-de-trainer’ programma worden medewerkers uit de kinderopvang opgeleid om binnen hun eigen organisatie ambassadeur van gezond opgroeien te zijn. Gezonde Kinderopvang is een initiatief van de ministeries van VWS en SZW. Landelijke kennis- en onderzoeksinstituten werken hierin samen, ondersteund door branche- en koepelorganisaties. De uitvoering van het programma is belegd bij het Voedingscentrum en het RIVM.

Care for obesity

Care for obesity heeft tussen 2016 en 2018 het ‘landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas’ ontwikkeld in samenwerking met acht proeftuingemeenten. Het programma richt zich op het verbinden van preventie en zorg, het bijdragen aan een integrale aanpak op het gebied van overgewicht en het verbinden van professionals op lokaal niveau.

De ontwikkelde ketenaanpak wordt geborgd bij Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), van waaruit de verdere uitrol gaat plaatsvinden in samenwerking met Pharos en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Jong leren eten

Jong leren eten heeft als doel tot gezonde en duurzame voedingskeuzes te komen. Dit stimuleert het programma door kinderen in aanraking te laten komen met informatie en activiteiten over voedsel. Het programma richt zich primair op intermediaire partijen die contacten en toegang hebben tot de einddoelgroep: de kinderopvang en het onderwijs. Vanaf 2018 is subsidie beschikbaar. De subsidieregeling verloopt via Gezonde School. Het programma heeft een budget van 4,4 miljoen per jaar en een looptijd van 2017 t/m 2020.

In elke provincies zijn twee makelaars actief: één ‘groene’ makelaar die zich specifiek richt op natuur- en milieueducatie en één ‘witte’ makelaar die zich specifiek richt op gezondheidseducatie. De makelaars leggen de verbinding tussen beide domeinen.

4.4.1 Overview

Onderstaande tabel geeft een beeld van hoe de programma's zich typeren op het gebied van het type ondersteuning, hun looptijd (sprinter of stayer) en wie de primaire actor is waar het programma zich op richt.

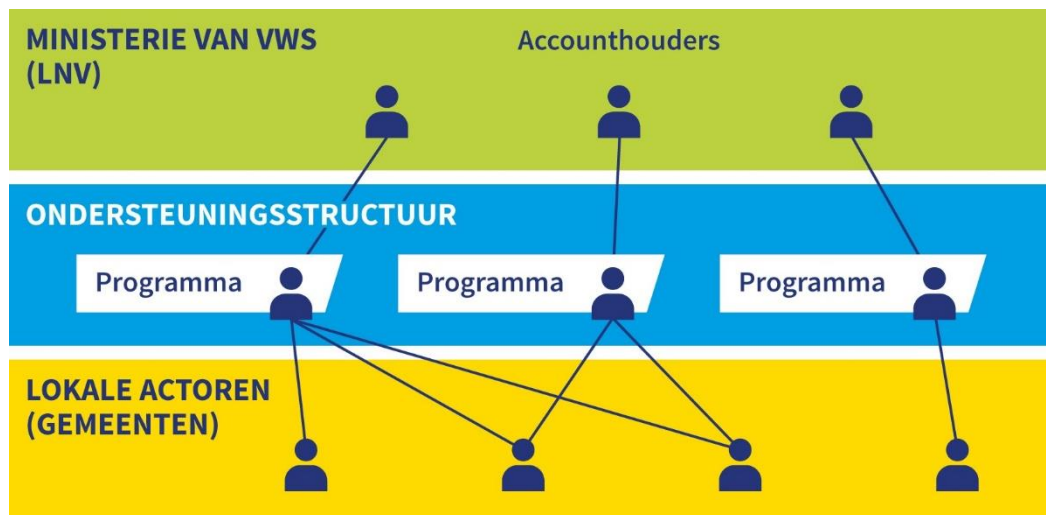
Programma	Type ondersteuning	Looptijd	Richt zich primair op . . .
Care for obesity	Ontwikkeling werkwijze	Sprinter (ontwikkeling landelijk model, nu uitrol)	Preventie- en zorgprofessionals
Jong leren eten	Subsidieregeling (inzet afgebakend) Regionale makelaars	Sprinter (2017- 2020)	Kinderopvangcentra en scholen
Gezond in...	Uitkering via gemeentefonds (breed inzetbaar) Landelijke accountmanagers (Landelijke) bijeenkomsten	Sprinter (subsidies voor 3 jaar)	Gemeente(lijke organisatie)
Sportimpuls	Subsidieregeling (inzet afgebakend)	Sprinter (subsidieregeling)	Lokale sport- en beweegaanbieders
Gezonde kinderopvang	Opleidings- en trainingsprogramma Ambassadeurs (coaches) Toolkit	Programma is nog jong.	Kinderopvangcentra
Gezonde school	Financiële bijdrage Advies en ondersteuning (bij GGD) Vignet 'Gezonde school'	Stayer (sinds 2008)	Scholen (PO, VO, MBO)
Gezonde schoolkantine	Schoolkantine Brigade (adviseurs) Tools Vignet 'Gezonde schoolkantine'	Stayer (sinds 2003)	Scholen (VO, MBO)
JOGG	JOGG-adviseurs Bestuurlijke bijeenkomsten Thematische initiatieven	Stayer (sinds 2010)	Gemeenten en andere lokale partners

4.5 De sturing op de ondersteuningsstructuur

Het ministerie van VWS heeft een rol in het bevorderen van publieke gezondheid als **stelselverantwoordelijke**. Dat betekent voor de ondersteuningsstructuur dat zij stuurt op hoofdlijnen en zorg draagt voor samenhang tussen verschillende programma's en activiteiten. Als inhoudelijk **opdrachtgever** en **financier** van de ondersteuningsstructuur houdt VWS zicht op een effectieve besteding van de middelen en stuurt zij bij, indien nodig.

Tegelijkertijd functioneert een deel van de actoren in de ondersteuningsstructuur relatief zelfstandig. Zo is JOGG een zelfstandige stichting. Dit leidt tot een andere (sturing)relatie en andere sturingsmogelijkheden dan bij bijvoorbeeld stimuleringsubsidies, zoals Sportimpuls Kinderen sportief op gewicht, die door ZonMw worden uitgevoerd. De sturingsmogelijkheden van VWS op de verschillende actoren in de ondersteuningsstructuren zijn hierdoor dus verschillend.

Ieder programma heeft een **accounthouder** bij VWS (of in het geval van het programma Jong leren eten bij LNV). De accounthouder treedt op als functioneel opdrachtgever van het programma. Een belangrijk instrument voor de sturing op programma's is de beschikking van de subsidies die aan de programma's verleend worden. De programma's zoeken vervolgens contact met gemeenten of andere lokale actoren. Het omgekeerde kan ook, bijvoorbeeld in het geval van subsidieregelingen. Deze structuur is in onderstaande figuur schematisch weergegeven.



5 *Ervaringen van gemeenten met de ondersteuningsstructuur*

De gemeenten en lokale organisaties nemen deel aan programma's uit de landelijke ondersteuningsstructuur. Dit hoofdstuk geeft inzicht in de aandacht die op lokaal niveau wordt gegeven aan het thema overgewicht, en de ervaringen van zowel gemeenten als lokale organisaties met de landelijke ondersteuningsstructuur.

Sommige programma's richten zich niet primair op gemeenten, maar op andere (lokale) organisaties, zoals scholen, kinderdagverblijven en sport- en beweegaanbieders. In dit hoofdstuk zijn de ervaringen van professionals, waar relevant, verwerkt.

5.1 Zichtbaarheid en bekendheid van de programma's

De programma's genieten over het algemeen een goede naamsbekendheid. Veel gemeenten kennen de programma's en hun werkwijze. In een deel van de gemeenten worden (een aantal van) de landelijke ondersteuningsprogramma's expliciet genoemd in de lokale nota gezondheidsbeleid. Echter is niet elke gemeente is op de hoogte van het volledige landelijke aanbod aan programma's. Grotere gemeenten zijn over het algemeen beter op de hoogte van het aanbod van programma's dan kleinere gemeenten. Een aantal gemeenten geeft aan niet alle landelijke programma's te kennen. Dit geven ook andere lokale actoren, zoals scholen, aan.

Gemeenten geven onder andere aan dat de informatie over en van de programma's niet integraal wordt aangeboden. De manier waarop programma's gemeenten benaderen verschilt dan ook: sommige programma's benaderen gemeenten actief, en andere doen dit juist (bewust) niet. Het meer kanaliseren van informatie wordt door gemeenten gewenst. Wél vinden gemeenten dat er voldoende informatie voorhanden is.

5.2 Waarom nemen gemeenten wel of niet deel aan programma's

5.2.1 Factoren die deelname aan programma's bevorderen of belemmeren

Gemeenten geven aan verschillende redenen te hebben om wel of niet aan (bepaalde) programma's deel te nemen. Die tekenen zich af langs drie type argumenten: inhoudelijk, politiek en financieel.

Inhoudelijk

Twee derde van de gemeenten noemt inhoudelijke redenen om wel of niet aan een programma deel te nemen. Het vaakst wordt als reden vóór deelname aan programma's genoemd dat het aansluit bij de lokale opgaven, de ambitie, het lokale beleid en/of de lokale aanpak die is ontwikkeld. De lokale context is voor deze gemeenten dus het vertrekpunt in de afweging. Ook vindt men het natuurlijk belangrijk dat deelname de gemeente genoeg oplevert (in de uitvoering).

Minder vaak worden genoemd de randvoorwaarden dat het programma aan moet sluiten op de laatste ontwikkelingen, en dat de aanpak van het programma op maat moet kunnen worden gemaakt om aan te sluiten bij de lokale situatie.

Politiek-bestuurlijk

Naast inhoudelijke, worden ook politieke en/of bestuurlijke overwegingen door bijna de helft van de gemeenten genoemd als reden om wel of niet deel te nemen. Wanneer het college veel aandacht heeft voor het thema overgewicht of gezond leven, het een onderwerp is in het collegeakkoord of de Raad actief met dit thema bezig is, kan dit een belangrijke reden zijn om deelname aan een programma uit de ondersteuningsstructuur te overwegen.

De 'gemeentelijke identiteit' (past dit programma bij ons?) is ook een vaker genoemde overweging. Tot slot kunnen, zeker in kleine gemeenten, persoonlijke voorkeuren van de wethouder of beleidsambtenaar een doorslaggevende rol in deelname aan programma's spelen.

Financieel

Sommige programma's voorzien in een financiële bijdrage, wat voor sommige gemeenten een 'extra zetje in de rug' is om met het programma aan de slag te gaan. Voor ongeveer één derde van de gemeenten is dit zelfs de belangrijkste overweging voor deelname. Zo geven sommige gemeenten aan dat zij GIDS-middelen inzetten voor het realiseren van activiteiten of inzetten in het kader van andere programma's.

Drempels voor deelname

Gemeenten ervaren soms ook drempels om deel te nemen.

- Het ontbreken van een financiële tegemoetkoming wordt door gemeenten het vaakst genoemd als reden om *niet* deel te nemen aan een programma: er staan dan geen of onvoldoende middelen voor de uitvoering tegenover en de gemeente beschikt zelf ook niet over voldoende budget.
- Ook het ontbreken van ambtelijke capaciteit wordt regelmatig genoemd: gemeenten geven aan onvoldoende capaciteit te hebben om aan de slag te gaan met een programma.
- Een deel van de gemeenten geeft aan sommige programma's 'niet passend bij de identiteit van de gemeente' te vinden. Dit kan zijn vanwege de insteek van een programma (het type activiteiten), maar ook vanwege de partners in een programma.
- Soms nemen gemeenten niet deel vanwege onbekendheid met wat programma's bieden. Dit betreft gemeenten die aangeven onvoldoende zicht te hebben op wat programma's bieden (en zich ook afvragen of wat zij bieden voor hen voldoende van meerwaarde is) en ook niet over de capaciteit beschikken om zich daarin te verdiepen.
- Verder geeft een aantal gemeenten aan te weinig vraaggerichte ondersteuning vanuit programma's te kunnen ontvangen. Daarmee bedoelen deze gemeenten dat zij vinden dat de programma's onvoldoende aansluiting zoeken bij de lokale situatie en het proces van lokale beleidsvorming.

- Tot slot benoemen gemeenten zorgen over continuïteit en de borging op langere termijn. Dit zijn gemeenten die niet mee willen liften op korte impulsen, maar zoeken naar een structurele inbedding van een aanpak.

5.2.2 Ervaren meerwaarde in de beleidscyclus

Om de aard van de ondersteuningsstructuur te kunnen duiden, hebben we gebruik gemaakt van de gemeentelijke beleidscyclus.

Agendering

Gemeenten ervaren dat de programma's in de ondersteuningsstructuur een agenderende functie vervullen, zowel richting de gemeente, politiek en bestuur als richting lokale partners of stakeholders. Gemeenten geven aan dat de ondersteuningsstructuur helpt om het thema gezond gewicht op de kaart te zetten, bewustwording creëert en vervolgens ook helpt om bestuurlijk draagvlak voor een aanpak te krijgen. Ook geeft een aantal gemeenten aan dat de kennisdeling die sommige programma's actief bevorderen hierbij helpt.

Initiatieven vanuit programma's, zoals bestuurlijke bijeenkomsten en bezoeken aan wethouders en/of beleidsambtenaren, dragen bij aan de agendering van het thema binnen een gemeente.

Ook richting stakeholders hebben de programma's een agenderende functie. De programma's faciliteren en organiseren contact tussen lokale partijen. Het opstarten van een programma (of de voortgang van een programma) vormt voor de gemeente en/of andere betrokkenen een directe aanleiding is om contact met elkaar te zoeken. Zo vormden de programma's Gezonde School en Gezonde Schoolkantine voor een GGD een aanleiding om afstemming te zoeken met het primair of voortgezet onderwijs.

Beleidsvorming

Een klein aantal gemeenten geeft aan dat programma's ook bevorderen dat verschillende onderwerpen met elkaar worden verbonden, maar meer gemeenten geven aan dat zij het moeilijk vinden de programma's in relatie tot elkaar te zien en samen te brengen (of in te bedden) in lokaal beleid. Een deel van de gemeenten heeft daar wel behoefte aan.

Het daadwerkelijk realiseren van een integrale aanpak op lokaal niveau is een forse opgave. Het vraagt van gemeenten dat zij verschillende beleidsterreinen met elkaar verbinden, gezondheid verankeren in beleid en dat zij samenwerking tot stand brengen met verschillende stakeholders binnen en buiten de gemeentelijke organisatie. Dit is een complexe opgave, die weerspiegeld wordt in de ondersteuningsbehoefte die gemeenten ervaren in een fase van beleidsvorming.

Een aantal gemeenten geeft bijvoorbeeld aan 'door de bomen het bos niet meer te zien'. Deze gemeenten spelen in op het aanbod dat programma's doen (reactief). Dat doen zij bijvoorbeeld naar aanleiding van berichten die zij hebben opgepikt over een specifiek programma, wanneer er een subsidieregeling wordt gepubliceerd, of wanneer een programma zich bij de gemeente meldt. Een deel van de gemeenten ziet dit ook in: zij geven aan dat zij soms, meer dan zij zelf wenselijk vinden, reageren op berichten of aanbod dat hen bereikt en dat ze zelf minder actief beleid ontwikkelen op basis waarvan zij actief en gericht aansluiting zoeken bij één of meerdere programma's. Dit zijn ook vaak gemeenten die aangeven maar beperkte capaciteit te hebben om beleid te ontwikkelen gericht op (onder andere) het bevorderen van gezond gewicht onder jeugdigen.

Ook vindt een deel van de gemeenten het lastig af te wegen waarom aan welke programma's wel of niet moet worden deelgenomen. Daarbij gaat het hen onder andere om de vraag *wat werkt* bij het bevorderen van gezond gewicht. Gemeenten vragen zich af welke aanpakken van welke programma's effectief bevonden zijn (of onder welke condities). Daarnaast zoeken gemeenten naar welke programma's het beste helpen het eigen lokale beleid verder vorm te geven.

Een aantal gemeenten ziet overigens minder een rol voor de ondersteuningsstructuur in de fase beleidsvorming. Een beleidsmedewerker van een middelgrote gemeente zegt hierover: "Bij de fases agenda- en beleidsvorming zit de gemeente aan het stuur, de landelijke programma's helpen vooral om beleid uit te voeren."

Beleidsuitvoering

De programma's helpen gemeenten bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid rondom overgewicht. Zo geeft een beleidsmedewerker van een middelgrote gemeente aan dat "de programma's een middel zijn om beleid in de praktijk te brengen." Veel van de producten en diensten van programma's helpen gemeenten bij de beleidsuitvoering, zoals bijvoorbeeld een watertappunt bij sport- en beweegplekken in de wijk en het aanstellen van een buurtsportcoach.

Ook programma's waarin de gemeente niet de primaire actor is, bieden concrete diensten en producten die direct ingezet kunnen worden. Zo bieden programma's (ondersteuning bij) educatieve lessen over gezond en duurzaam eten op basisscholen of ondersteuning bij het veranderen van het voedselaanbod in de schoolkantine op een middelbare school.

Tegelijkertijd leidt dit er in sommige gemeenten toe —zo geven zij ook zelf aan— dat zij gebruik maken van 'producten' die de ondersteuningsstructuur aanbiedt om in te zetten in de praktijk zónder dat dit goed is ingebed in breed (integraal) beleid. Dit betreft veelal gemeenten die kleiner zijn of slechts over beperkte (beleids)capaciteit beschikken om beleid en een integrale aanpak te ontwikkelen.

Monitoring

De programma's monitoren vaak zelf op het niveau van het programma en de *throughput* daarbinnen (bijvoorbeeld het aantal jongeren dat het programma bereikt heeft). Dat is vooral voor de verantwoording bedoeld.¹⁰ Voor de gemeenten heeft dit niet direct meerwaarde. Een beleidsmedewerker zegt hierover: "Ik zie veel meerwaarde in monitoren op landelijk niveau, maar minder in het monitoren van ieder klein project."

Voor gemeenten is integrale monitoring uiteindelijk het meest van belang: wat zijn de effecten op het gebied van overgewicht en gezondheid op de hele populatie? Gemeenten geven daarom aan meer waarde te hechten aan de door hun GGD uitgevoerde monitoring en evaluatie.

5.3 Ondersteuningsstructuur werkt aanbodgericht

De werkwijze van de programma's wordt door een deel van de gemeenten ervaren als aanbodgericht. Daarmee bedoelen gemeenten dat zij min of meer gestandaardiseerde diensten en producten kunnen afnemen van programma's, maar dat de programma's maar in

¹⁰ In enkele gevallen is wel gekeken naar het effect van een bepaald programma op de wijk waarin het actief was.

beperkte mate (kunnen) ondersteunen in de specifieke wensen en behoeften die de gemeenten hebben. Gemeenten ervaren dat een aantal programma's een sterke formule heeft, die maar beperkt ruimte biedt om te 'modelleren' naar de lokale behoeften, lokaal beleid of de lokale organisatiewijze. Professionals die met de programma's werken, bevestigen dit beeld: ook zij ervaren dat programma's sterk sturen vanuit hun eigen format.

5.4 Aandacht voor overgewicht in lokaal (gezondheids)beleid

5.4.1 Overgewicht als thema in lokale nota's gezondheidsbeleid

In artikel 13 van de Wpg is vastgelegd dat de raad iedere vier jaar een *Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid* vaststelt. Gemeenten hebben overigens niet altijd een (aparte) lokale nota gezondheidsbeleid: een deel van de gemeenten heeft ervoor gekozen om hun gezondheidsbeleid niet vast te leggen in een nota, of om gezondheidsbeleid in een *regionale* nota vast te leggen. Een toenemend aantal gemeenten werkt met een overkoepelende nota sociaal domein, waar ook het gezondheidsbeleid in opgenomen is.



Overgewicht is een regelmatig terugkerend thema in de lokale nota's. In de helft van de bestudeerde gemeenten staat het thema overgewicht expliciet genoemd als één van de belangrijkste aandachtspunten binnen het gezondheidsbeleid. De aandacht die vanuit de landelijke nota gezondheidsbeleid is gegeven aan het thema overgewicht heeft hier aan bijgedragen, geven gemeenten aan. Een kwart van de gemeenten benoemt (een aantal van) de landelijke ondersteuningsprogramma's in hun lokale nota gezondheidsbeleid. In de landelijke nota gezondheidsbeleid worden naast overgewicht ook andere speerpunten benoemd: roken, overmatig alcoholgebruik, bewegen, depressie en diabetes.¹¹ Ook gemeenten zetten in op deze speerpunten. Veel gemeenten noemen deze landelijke speerpunten expliciet in hun nota. Het thema overgewicht wordt dan ook in een aantal lokale nota's genoemd in de context van andere leefstijlinterventies, zoals beleid op alcohol- en tabaksgebruik onder jongeren.

In de meeste lokale nota's worden in de aanpak van het thema overgewicht verschillende specifieke doelgroepen onderscheiden. Jeugd is daarvan de belangrijkste. Binnen de groep jeugd wordt dikwijls een onderscheid aangebracht tussen jonge kinderen (0-4), kinderen (4-12) en middelbare scholieren (12-18). Andere doelgroepen die gemeenten onderscheiden zijn ouderen en inwoners van wijken met een lage SES. Een klein aantal gemeenten onderscheidt in hun aanpak geen doelgroepen, en benoemt dat hun aanpak voor de doelgroep 0-100 geldt.

¹¹ Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019, kenmerk 846306-142553-PG, p.3.

5.5 Integrale aanpak en samenwerking met lokale partijen

Gemeenten hanteren verschillende aanpakken op het gebied van overgewicht. Hierin is een onderscheid te maken in de breedte van de beleidsdoelen. Minder dan de helft van de gemeenten heeft een meer afgebakende aanpak van overgewicht, waarbij zij zich richten op twee pijlers: gezond eten én bewegen. Iets meer dan de helft van de bestudeerde gemeenten zetten in op een bredere aanpak van overgewicht. Voorbeelden van die brede aanpak zijn: het creëren van een gezonde werk-, woon-, leer- en recreëer-omgeving; het aantrekkelijker maken van gezonde keuzes en het creëren van een gezonde leefomgeving door het aanleggen van goede fietspaden, buurtmoestuinen en speeltuintjes.

Veelgenoemde verbindingen met andere beleidsdomeinen zijn: sport en bewegen, ouderenzorg, sociale participatie, fysieke leefomgeving, wonen, mobiliteit, onderwijs en duurzaamheid. De helft van de gemeenten beschrijft in hun nota hoe zij een integrale, domein-overstijgende aanpak realiseren.

In de meeste lokale nota's wordt samenwerking met lokale partijen beschreven. Veelgenoemde partijen zijn: GGDen, scholen en voorschoolse voorzieningen, buurtsportcoaches, Centrum Jeugd en Gezin (CJG), sociale wijkteams, sportverenigingen, fysiotherapeuten, diëtisten en zorgverzekeraars. Een derde van de gemeenten werkt met deze partners samen in een ketenaanpak, of heeft die intentie.

6 Gebruik en doelmatigheid

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de deelname aan programma's door gemeenten en andere lokale partijen, en wordt dit in relatie gebracht met de prevalentie van overgewicht. De centrale vraag in dit hoofdstuk is: bereikt de ondersteuning de gemeenten waar dit het meest nodig is en zo nee, waarom niet?

6.1 Deelname aan programma's

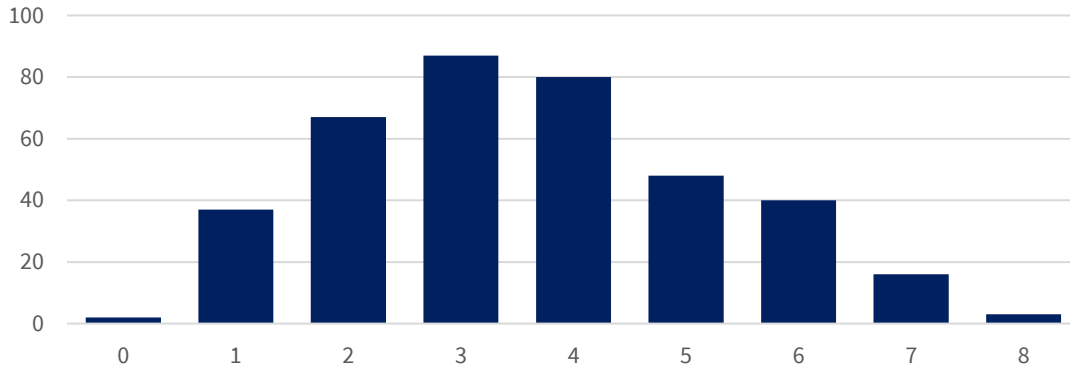
Van bijna alle programma's die we in deze evaluatie tot de ondersteuningsstructuur gerekend hebben, is bekend welke gemeenten eraan deelnemen. In onderstaande tabel is weergegeven in hoeveel van de gemeenten (van de 380 uit 2018) de programma's actief zijn.

Programma	#	Programma	#
Care for Obesity (pilotgemeenten)	8	Gezonde schoolkantine	216
JOGG	133	Gezonde kinderopvang	143
Sportimpuls Kinderen op Gezond gewicht	59	Gezonde school	289
Sport en bewegen in de buurt	368	GIDS	155

Hieruit blijkt dat de verschillen groot zijn: 59 gemeenten doen mee aan Sportimpuls, terwijl er maar 12 gemeenten *niet* meedoen aan Sport en bewegen in de buurt. Dit is te verklaren door de aard van de programma's. Sportimpuls Kinderen op gezond gewicht is bijvoorbeeld een subsidieregeling met een totale waarde van 2,8 miljoen euro (2018) waarbij cofinanciering voorwaardelijk is. Sport en bewegen in de buurt heeft daarentegen een omvang van 73,3 miljoen euro (2019), waarvoor gemeenten aan weinig vereisten hoeven te voldoen om eraan deel te kunnen nemen.

Stapeling van de programma's

In onderstaande figuur is weergegeven hoeveel gemeenten aan hoeveel programma's deelnemen.



Figuur 3: verdeling van de Nederlandse gemeenten over het aantal programma's uit de ondersteuningsstructuur waar zij aan deelnemen.

Er zijn slechts twee gemeenten die aan geen enkel programma deelnemen en drie die aan alle acht deelnemen. Bijna de helft van de gemeenten (44%) neemt aan drie of vier programma's deel. Hierbij moet worden opgemerkt dat deelname aan programma's geen doel op zichzelf is: deelname aan programma's kan gemeenten helpen bij het bevorderen van gezond gewicht, maar er zijn meerdere manieren om dit te doen.

Twee van de programma's richten zich primair op de gemeentelijke organisatie, dat zijn JOGG en GIDS. Gezond in...-gemeenten ontvangen de zogenaamde GIDS-middelen. Die hebben zij niet hoeven aanvragen, maar zijn toegekend op basis van de gezondheidsachterstanden van burgers in deze gemeenten. Deze gemeenten zijn vervolgens benaderd door accountmanagers van het programma.



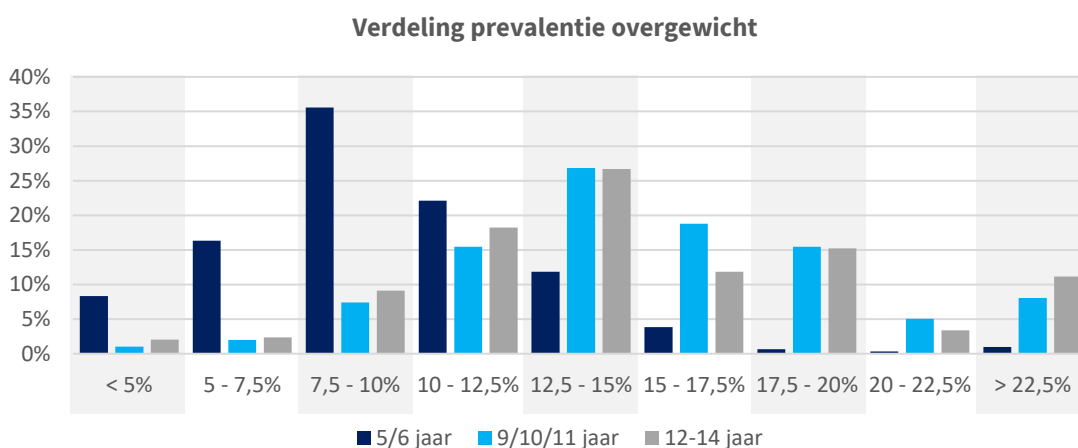
6.2 Reden tot deelname aan programma's: prevalentie van overgewicht en obesitas

Om na te gaan of gemeenten met de grootste 'urgentie' tot deelname aan programma's ook daadwerkelijk deelnemen, hebben we gekeken naar het verband tussen het aantal programma's waaraan gemeenten deelnemen en de prevalentie van overgewicht en obesitas in deze gemeenten. GGD-GHOR Nederland heeft voor deze analyse de prevalentiecijfers van overgewicht en obesitas voor bijna alle Nederlandse gemeenten en voor verschillende leeftijdsgroepen opgevraagd. De analyse is gebaseerd op cijfers over het aantal kinderen met overgewicht (BMI 25-30) of obesitas (BMI > 30). Hierbij merken we op dat GGDen verplicht zijn jeugdigen te wegen en te meten op bepaalde leeftijden, maar dat dit voor andere leeftijden facultatief is. Daarom zijn niet vanuit alle gemeenten de gegevens voor alle leeftijden

beschikbaar. Omdat de mate van overgewicht en/of obesitas uiteenloopt voor verschillende leeftijden, kunnen gegevens voor verschillende leeftijdscategorieën niet zonder meer gecombineerd worden.

We hebben gegevens geselecteerd voor drie groepen:

- Jongeren van 5/6 jaar (begin basisschool): cijfers beschikbaar uit 317 gemeenten (83% van het totaal aantal gemeenten)
- Jongeren van 9/10/11 jaar (eind basisschool): cijfers beschikbaar uit 298 gemeenten (78%)
- Jongeren van 12/13/14 (begin middelbare school): cijfers beschikbaar uit 284 gemeenten (74%)

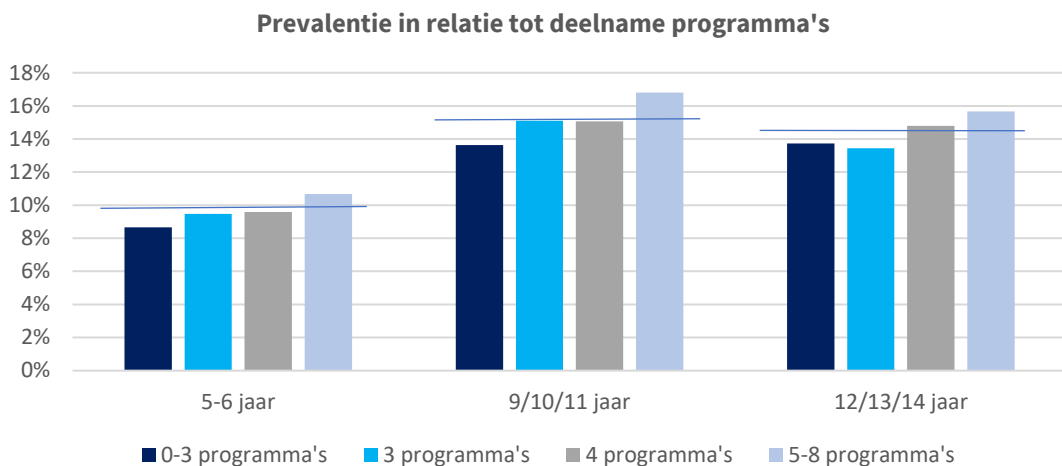


Figuur 4: verdeling van de prevalentie van overgewicht + obesitas voor de drie verschillende leeftijdsgroepen.

De gemiddelde prevalentie voor de verschillende groepen is: 9,6% (5/6 jaar), 15,2% (9/10/11 jaar) en, 14,4% (12-14 jaar). Voor de drie leeftijdscategorieën is de verdeling over de mate van overgewicht klokvormig, maar de piek bij de twee hoogste leeftijdsklassen ligt bij hogere percentages.

6.2.1 Prevalentie in relatie tot deelname aan programma's

De vraag is nu of de ondersteuningsstructuur de gemeenten bereikt die de hoogste prevalentiecijfers hebben. Dit blijkt maar beperkt het geval: de deelname aan programma's hangt nauwelijks samen met de prevalentie van overgewicht. In onderstaande figuur wordt dit geïllustreerd.



Figuur 5: prevalentie afgezet tegen het aantal programma's waar gemeenten aan deelnemen, voor verschillende leeftijdsgroepen.

Voor de drie verschillende leeftijdsgroepen is de gemiddelde prevalentie uitgesplitst naar groepen gemeenten die van een bepaald aantal programma's (0-3, 3, 4 of 5-8) gebruik maken. *Ter illustratie:* de gemeenten die aan 0-3 programma's deelnemen, hebben een gemiddelde prevalentie van overgewicht + obesitas onder 5/6-jarigen van 8,7% terwijl dat voor alle gemeenten gemiddeld 9,6% is.

Op basis van bovenstaande lijkt er misschien een verband tussen prevalentie en deelname te zijn, maar feitelijk correleren deze slechts zwak: de prevalentie verklaart het aantal programma's waar aan deelgenomen wordt slechts voor 5% (5/6 jaar), 7% (9/10/11 jaar) respectievelijk 4% (12-14 jaar).

Tussenconclusie

Deelname aan programma's door gemeenten en prevalentie van overgewicht en/of obesitas in desbetreffende gemeenten hangen nauwelijks met elkaar samen.

6.3 Nadere duiding van verschillen in deelname en prevalentie

Wetende dat het verband tussen de prevalentie van overgewicht en deelname aan programma's zwak is, hebben we gekeken naar *welke* gemeenten nu veel of weinig deelnemen aan programma's en welke gemeenten een hoge prevalentie hebben. Wat typeert deze gemeenten?

6.3.1 Karakteristieken van gemeenten die deelnemen aan programma's

De vraag is allereerst wat karakteristieken zijn van gemeenten die veel of weinig deelnemen aan programma's. Om daar meer zicht op te krijgen, kijken we naar drie kenmerken van gemeenten:

- Inwoneraantal
- Mate van stedelijkheid: gemiddeld aantal adressen per vierkante kilometer.
- Sociale structuur: het percentage huishoudens met een inkomen lager dan 120% van het minimumloon.

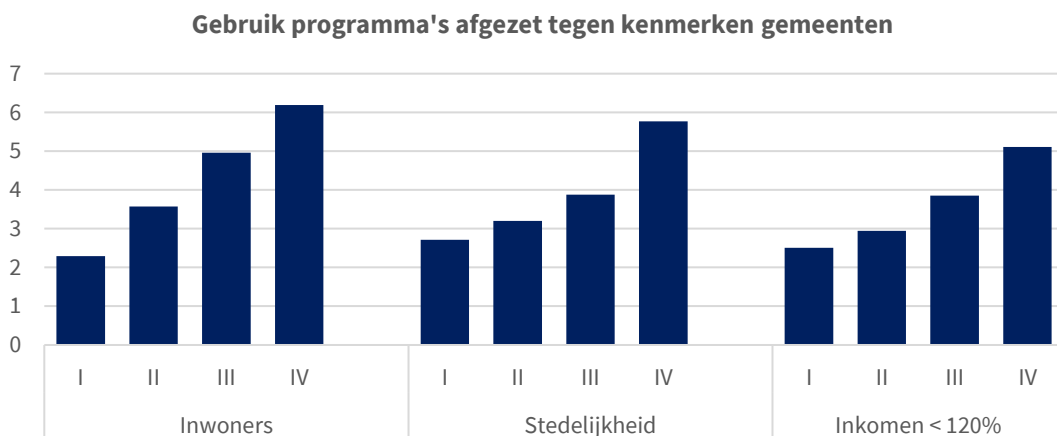
Op basis hiervan concluderen we dat gemeenten die aan *meer* programma's deelnemen zich kenmerken door hogere inwonersaantallen, een grotere mate van stedelijkheid en door een groter percentage huishoudens met lage inkomens. Dit zijn we als volgt nagegaan:

We hebben alle gemeenten toegedeeld aan één van vier klassen (I, II, III en IV) op basis van bovenstaande kenmerken:

Klasse	Inwoners		Stedelijkheid		Inkomen	
	Inwoners	Aantal	Adresdichtheid	Aantal	% huish. met inkomen <120%	Aantal
I	0 – 20.000	109	0 – 500	76	0 - 7%	67
II	20.000 – 50.000	191	500 – 1.000	134	7 - 9%	108
III	50.000 – 100.000	49	1.000 – 2.000	131	9 – 13%	132
IV	> 100.000	31	> 2.000	39	> 13%	73
Totaal		380		380		380

Tabel 1: indeling van gemeenten in vier klassen op het gebied van het aantal inwoners, stedelijkheid en sociale structuur.

We hebben het gemiddeld aantal programma's waar gemeenten aan deelnemen uitgesplitst naar de klassen in de verschillende indelingen. Het resultaat daarvan is in onderstaande figuur weergegeven.



Figuur 6: gemiddeld aantal programma's (y-as) waaraan gemeenten deelnemen, uitgesplitst naar klasse, voor drie verschillende kenmerken (zie tabel hierboven).

Dat alle staafdiagrammen toenemen voor toenemende klasse op alle drie de kenmerken, betekent dat deelname aan programma's met alle drie samenhang vertoont:

Tussenconclusie

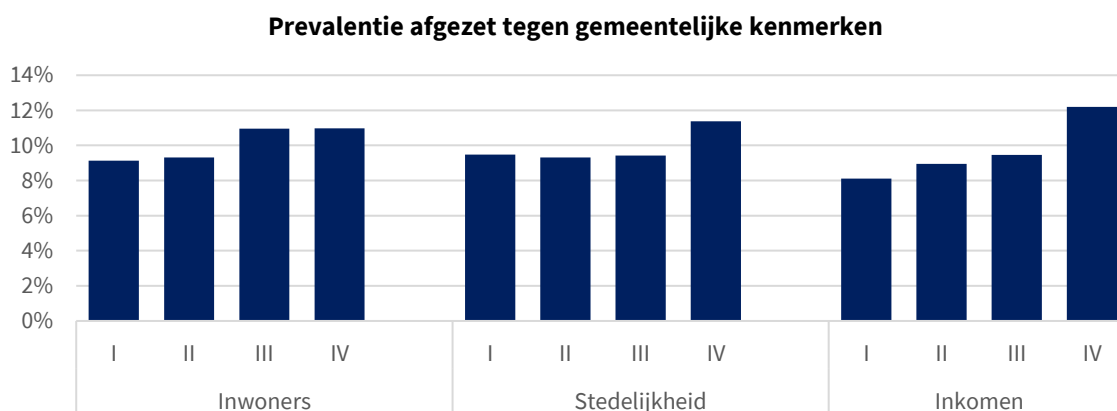
Hoe meer...

- inwoners een gemeente heeft
- stedelijk een gemeente is
- huishoudens met lage inkomens er in een gemeente zijn:
aan hoe meer programma's de gemeente (gemiddeld) deelneemt¹².

6.3.2 En andersom: karakteristieken van gemeenten met hoge prevalentie

Op een vergelijkbare wijze als bij het gebruik van de programma's, bekijken we de prevalentiecijfers uitgesplitst naar de drie verschillende kenmerken voor vier verschillende klassen (dezelfde indeling als tabel 1 hierboven). Dit is in onderstaande figuur weergegeven voor de prevalentiecijfers van 5- en 6-jarigen. Voor de overige leeftijdscategorieën is geen figuur weergegeven, maar zijn de resultaten vergelijkbaar.

Ter illustratie: voor de gemeenten met een inwoneraantal tussen de 0 en 20.000 is de gemiddelde prevalentie 9,1%, waar het gemiddelde voor alle gemeenten 9,6% is.



Figuur 7: uitsplitsing van de prevalentie naar de vier klassen op de kenmerken inwoners, stedelijkheid en sociale structuur.

De oplopende treden voor elk van de kenmerken die we in figuur 5 hierboven zagen over de deelname aan programma's, zijn hier afwezig voor de inwoners- en stedelijkheidsklassen, wat duidt op een beperkte mate van samenhang voor deze kenmerken.

Een vergelijkbare maar iets meer gedetailleerde analyse is uit te voeren door deelname aan programma's enerzijds en prevalenties anderzijds af te zetten tegen verschillende (demografische en sociaaleconomische) variabelen. Dan valt op dat er factoren zijn waarmee beide variabelen samenhangen: voornamelijk de sociale factoren (percentage huishoudens met een laag inkomen, gezinnen in de bijstand). Tegelijkertijd zijn er ook factoren waarmee

¹² Het is denkbaar dat de gemeenten die door deze kenmerken beschreven worden, ook dezelfde gemeenten zijn. Dit is echter niet het geval; de onderlinge samenhang tussen deze factoren is als volgt: Inwoners – stedelijkheid: 51%, Inwoners – inkomen: 27%, Stedelijkheid – inkomen: 33%.

de deelname aan programma's weliswaar een grote samenhang vertoont, maar de prevalentie niet. Dit zijn:

- het aantal inwoners
- het percentage huishoudens met kinderen jonger dan 18 jaar, en
- de mate van stedelijkheid.

Conclusies

- Er is slechts een zwak verband tussen de gemiddelde prevalentie in gemeenten en de mate waarin zij aan programma's uit de ondersteuningsstructuur deelnemen. Anders gezegd: gemeenten met een hogere prevalentie nemen gemiddeld niet deel aan *meer* programma's dan gemeenten met een lage prevalentie. Er zijn dus gemeenten die wel veel aan programma's deelnemen, maar geen hoge prevalentie hebben, en omgekeerd.
- In het bijzonder nemen grotere, meer stedelijke gemeenten met gemiddeld meer huishoudens met jonge kinderen relatief veel deel aan de programma's, maar zijn dat niet de kenmerken die samenhangen met een hoge prevalentie. Het omgekeerde geldt ook: kleine, landelijke gemeenten met een zwakke sociale structuur hebben gemiddeld een hoge prevalentie, maar nemen gemiddeld weinig deel aan programma's.

N.B. Er bestaat diepgaand wetenschappelijk onderzoek over de factoren die verklarend zijn voor de risico's op overgewicht, waarbij een lage sociaaleconomische status er één van is. We hebben met deze analyse niet de pretentie daar iets aan toe te voegen, maar hebben prevalentie en gebruik van programma's afgezet tegen *dezelfde* factoren om hun gebrekkige onderlinge samenhang te kunnen toespitsen naar welk type gemeenten wel veel deelneemt aan programma's, maar een lage prevalentie heeft of omgekeerd.

6.3.3 (Mogelijke) verklaringen

Er zijn vanuit de interviews met gemeenten verschillende inhoudelijke redenen denkbaar die een sterk verband tussen deelname en prevalentie belemmeren:

- **Politiek-bestuurlijke dynamiek:** soms wil een Raad of wethouder ergens wel of juist geen prioriteit aan geven, in weerwil van de feitelijke noodzaak daartoe.
- **Afweging voor deelname:** veel gemeenten geven aan dat ze aan een programma deelnemen omdat er financiële middelen tegenover staan. Deze financiële overwegingen zwakken de rol van inhoudelijke overwegingen (waaronder de gemeentelijke prevalentie ten opzichte van het landelijk gemiddelde) af.
- **Alternatieven:** veel gemeenten hebben een eigen programma opgetuigd, los van de landelijke ondersteuning. Deze gemeenten tellen nu wel bij hun (hoge) prevalentie, maar niet bij deelname aan programma's.

Daarnaast zijn er nog enkele redenen denkbaar waarom het *bepaalde gemeenten* zijn die een sterke samenhang tussen programma's en prevalentie belemmeren:

- De grotere en meer stedelijke gemeenten (al dan niet met een zwakke sociale structuur) hebben vaker iets meer financiële armsgslag dan kleine, weinig stedelijke gemeenten met een zwakke sociale structuur. Voor die eerste groep is het financiële argument (zie ook het tweede punt van bovenstaande paragraaf) iets minder leidend dan voor de tweede.
- Kleine, weinig stedelijke gemeenten met een zwakke sociale structuur zijn mogelijk iets minder aantrekkelijk voor een programma om zich op te richten, dan een grote (meer aansprekende) gemeente. We onderstrepen dat dit een hypothese is, die we niet hebben kunnen toetsen.

7 Aanvullende ondersteuningsbehoeften van gemeenten

Gemeenten geven aan een aantal behoeften te hebben als het gaat om ondersteuning vanuit het Rijk op het gebied van overgewicht bij jongeren. Voor een deel wordt hier al in voorzien door de programma's, zoals:

- Onderwerpen, thema's of invalshoeken onder de aandacht brengen (agendasetting)
- Inspiratie opdoen
- Inzetten op politiek draagvlak
- Kennis en bewustzijn vergroten
- Uitvoeringscapaciteit vergroten

Aan een aantal van de genoemde behoeften komt de ondersteuningsstructuur in de beleving van de gemeenten nog onvoldoende tegemoet. In sommige gevallen strekt de behoefte overigens verder dan de reikwijdte van de ondersteuningsstructuur.

Weten wat werkt

Een aantal gemeenten geeft aan dat het moeilijk is om goed af te wegen aan welke programma's uit de ondersteuningsstructuur zij het best kunnen deelnemen, of op welke interventies zij in moeten zetten. Beleidsmedewerkers geven aan dat het voor hen soms moeilijk is te beoordelen of deelname aan een programma uit de ondersteuningsstructuur daadwerkelijk helpt om overgewicht te voorkomen of terug te dringen.

Overigens beheren onder andere het RIVM en Kenniscentrum Sport een interventiedatabase, die hier voor een deel inzicht in biedt. De programma's zijn hier echter geen onderdeel van (uitgezonderd De Gezonde Schoolkantine) en de databases beperken zich bovendien tot interventies en richten zich dus niet op aanpakken uit programma's.

Stakeholdersmanagement

Gemeenten geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning bij het *stakeholdersmanagement*. Effectief beleid voeren op het terugdringen van overgewicht vraagt een bijdrage van veel verschillende spelers. Niet alleen van de gemeenten zelf, maar onder andere ook van welzijnsorganisaties, sportclubs, supermarkten, horecagelegenheden, kinderdagverblijven en scholen. Om deze bijdrage tot stand te laten komen, is een regisserende rol van de gemeente nodig, vaak in een netwerkverband. Een deel van de gemeenten geeft aan graag door de programma's ondersteund te worden bij vragen als:

- Hoe moeten zij zich verhouden tot andere lokale actoren?
- Hoe vergroot je de kwaliteit van de samenwerking?
- Inzicht krijgen in de (wettelijke) kaders die behulpzaam zijn in de contacten met stakeholders.

De programma's bieden in zeker opzicht wél ondersteuning in stakeholdersmanagement, maar organiseren dit dan zelf, zoals bijvoorbeeld het organiseren van bestuurlijke bijeenkomsten. De ondersteuningsstructuur is er minder op gericht gemeenten te ondersteunen om dit *zelf* te doen.

Kennisontwikkeling binnen programma's

Om op lokaal niveau een integrale aanpak van overgewicht bij de jeugd te realiseren, is inhoudelijke kennis over wat werkt bij het terugdringen van overgewicht nodig. Deze kennis kan geborgd worden bij de gemeente of de GGD. Gemeenten zijn blij met de mogelijkheden van kennisontwikkeling *binnen* programma's. Gemeenten geven aan het een meerwaarde te vinden als de inzet vanuit de ondersteuningsstructuur (als in: de gezamenlijke programma's) gericht is op het creëren van een overkoepelende kennisbasis en het vergroten van onderliggende kennis, als fundament voor integraal lokaal beleid.

Meer vraaggericht en aansluitend op lokale context

Gemeenten hebben behoefte om onderdelen van programma's te integreren in hun lokale aanpak, zonder daarbij de gehele formule te implementeren. Zij zien graag dat de programma's uit de ondersteuningsstructuur flexibeler zijn en gemakkelijker kunnen aansluiten bij de lokale ondersteuningsbehoefte en het lokale beleid.

(Wettelijke) kaders

Een deel van de gemeenten geeft aan (vooral) behoefte te hebben aan meer (wettelijke) kaders en/of regelgeving (zie ook paragraaf 4.2). Hier wordt bijvoorbeeld ook het preventieakkoord als voorbeeld genoemd: dit helpt gemeenten om beweging te creëren, zaken lokaal af te spreken, een nieuwe titel te hebben om beleid te ontwikkelen en met lokale partners in gesprek te gaan. Hun argumentatie hiervoor is divers:

- Een landelijk bepaald (wettelijk) kader kan op voorhand weliswaar niet altijd rekenen op breed draagvlak, maar maakt het wel eenvoudiger impact of verandering te realiseren.
- Het maakt het voor gemeenten gemakkelijker hun rol naar lokale actoren toe helderder af te bakenen: de al vastgestelde kaders vormen een titel voor verdere lokale uitwerking, om in gesprek te gaan met lokale partners, om te handhaven, of als legitimatie voor eigen (soms ook verdergaand) beleid.

8 Sturing op de ondersteuningsstructuur

8.1 Governance van de ondersteuningsstructuur

Het ministerie van VWS heeft de wettelijk verankerde verantwoordelijkheid [...] zorg te dragen voor de instandhouding en verbetering van een landelijke ondersteuningsstructuur (art. 3 Wpg). In de praktijk heeft dit vorm gekregen doordat VWS -en in een enkel geval ook andere departementen- programma's initieert en financiert. Gemeenten hebben hierin geen actieve rol.

Gemeenten hebben geen structurele rol in de governance van de ondersteuningsstructuur *als geheel*. In enkele afzonderlijke programma's is geborgd dat gemeenten structureel meedenken over de inhoud van het programma, zodat maximaal aansluiting wordt gevonden op de ondersteuningsbehoeften van gemeenten.

Gemeenten geven aan ook graag nauwer betrokken te worden bij de governance van de ondersteuningsstructuur *als geheel*. Het gaat dan onder andere om vragen als:

- Op welke thema's worden lacunes gesignaleerd (inhoud, doelgroepen, fasen in de beleidscyclus)?
- Aan welk type producten is behoefte?
- Hoe kunnen de onderdelen uit de ondersteuningsstructuur elkaar versterken?
- Hoe kan aansluiting worden gezocht bij ontwikkelingen op aanpalende thema's waar gemeenten (ook) mee te maken hebben?
- Op welke manier kan worden gestimuleerd dat de juiste gemeenten deelnemen?

Daarnaast geven gemeenten aan graag betrokken te worden bij de agendavorming en productontwikkeling van de afzonderlijke programma's. Ze willen dit om ervoor te zorgen dat het tot stand komen van integrale aanpakken binnen gemeenten maximaal geborgd kan worden.

8.2 Formuleren van de ambitie

Gemeenten hebben de taak om de gezonde leefstijl van hun bevolking te bevorderen. Met de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019* heeft het kabinet ingezet op 'het stimuleren van een gezonde leefstijl [...]. Een integrale aanpak via onderwijs, werk, wijk/omgeving en zorg staat centraal [...]. Via programma's als [...] Gezond in..., Jongeren Op Gezond Gewicht, Sport en Bewegen in de Buurt ondersteunt [het kabinet, red.] gemeenten hierbij¹³.

¹³ Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019

Een aantal programma's uit de ondersteuningsstructuur heeft expliciet aandacht voor het realiseren van een integrale aanpak. De mate waarin integraliteit in publiek gezondheidsbeleid wordt gerealiseerd, kan aan de hand van drie vormen worden getypeerd¹⁴. Deze drie vormen zijn in de praktijk niet scherp afgebakend: elementen uit verschillende vormen kunnen gezamenlijk voorkomen.

- Het realiseren van *intersectoral action (IA)*. Het domein van publieke gezondheid vervult een sleutelpositie in de aanpak en zoekt samenwerking met andere sectoren om doelen te realiseren. Samenwerking vindt vooral plaats in de fase van beleidsuitvoering en richt zich vooral op individuele factoren.
- Het realiseren van *healthy public policy (HPP)*. Ook andere sectoren besteden in hun beleid aandacht aan gezondheid. Deze sectoren zijn verantwoordelijk voor de gezondheidseffecten van hun beleid. Getracht wordt beleidsinstrumenten in meerdere sectoren te implementeren, zodat een omgeving kan ontstaan die gezond leven ondersteunt.
- Het realiseren van *health in all policies (HiAP)*. Beleidsdoelen zijn breed geformuleerd en gaan over gezondheid, welzijn en gelijkheid. Er is sprake van een dynamisch beleidsproces waarin 'over grenzen van beleidsterreinen' heen beleid wordt gemaakt door netwerken waarin zowel de overheid als maatschappelijke partners deelnemen.

De ondersteuningsstructuur ondersteunt gemeenten vooral in het realiseren van *intersectoral action*. Het gaat dan bijvoorbeeld om het in de uitvoering verbinden van publieke gezondheid met welzijn, het brede sociaal domein of ruimtelijke ordening. De breedte van de integraliteit in beleid en aanpak (hoeveel sectoren worden betrokken) die de programma's uit de ondersteuningsstructuur nastreven verschilt. Hooguit enkele programma's stimuleren het realiseren van een brede, integrale aanpak. De meeste programma's streven naar het leggen van verbindingen tussen enkele sectoren.

Tegelijkertijd is het daadwerkelijk realiseren van een integrale aanpak op lokaal niveau een forse opgave. Het vraagt van gemeenten dat zij verschillende beleidsterreinen met elkaar verbinden, gezondheid verankeren in beleid en ook dat zij samenwerking tot stand brengen met verschillende stakeholders binnen en buiten de gemeentelijke organisatie. Dit is een complexe opgave, die weerspiegeld wordt in de ondersteuningsbehoeften van gemeenten.

Samenhang binnen de ondersteuningsstructuur

Gemeenten ervaren dat er op het niveau van de programma's maar beperkt sprake is van integraliteit. Afzonderlijke programma's presenteren zich in de beleving van gemeenten niet voldoende in samenhang met elkaar. Ook de programma's zelf geven aan dat zij verwachten dat er winst te behalen valt in het realiseren van meer afstemming in de sturing op de ondersteuningsstructuur. Zij geven aan dat er meer gebruik gemaakt kan worden van elkaars structuur en elkaars netwerk in gemeenten. Zo hebben sommige programma's een groot (bestuurlijk) netwerk in gemeenten, wat benut zou kunnen worden om doelstellingen uit andere programma's te realiseren.

¹⁴ *Policy networks across portfolio boundaries: an analysis of integrated public health policy in Dutch municipalities*, D.T.J.M. Peters (2016)

9 Aanpak en methodische verantwoording

Welk effect ervaren inwoners (ouders en jeugdigen) in hun wijk van de aanpak van de gemeente en andere partners om gezond gewicht te bevorderen? Wat merken ouders en kinderen? En wat vinden zij ervan? In dit hoofdstuk komen de bevindingen met betrekking tot deze tweede hoofdvraag van het onderzoek aan bod. Omdat dit deel van de evaluatie op een specifieke manier is opgepakt, lichten we dat eerst toe.

9.1 Operationalisering van de vraag

De tweede hoofdvraag van deze evaluatie, welke *effect* ouders en jeugdigen (in de wijk) ervaren van de aanpak van overgewicht bij jeugdigen, is in het evaluatiekader nader uitgewerkt in enkele deelaspecten. Deze deelaspecten betreffen:

- De mate waarin ouders en jeugdigen zich gestimuleerd voelen om aan de slag te gaan met een gezonde levensstijl;
- De mate waarin ouders en jeugdigen gemak ervaren om gezond te leven en hun levensstijl te veranderen;
- De mate waarin ouders en jeugdigen deelnemen aan programma's en activiteiten die in hun omgeving worden aangeboden, gericht op een gezonde levensstijl;
- De mate waarin ouders en jeugdigen willen en kunnen meedenken over het beleid;
- De mate waarin ouders en jeugdigen een verandering ervaren als gevolg van het VWS-beleid en de ondersteuningsstructuur voor wat betreft het voedingsaanbod, de mogelijkheid om te sporten en te bewegen en de wijze waarop de gezondheid van bewoners zich ontwikkelt.

9.2 Aanpak en werkwijzen

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een reeks focusgroepgesprekken met ouders en kinderen (groep 7 en 8 basisschool) in de gemeenten Den Haag (Transvaalbuurt), Drachten en Dwingeloo (gemeente Westerveld). De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een vraagpuntenlijst. Hierin zijn de volgende hoofdonderwerpen aan bod gekomen:

- Wat vind je een gezonde wijk en wanneer is je wijk gezond?
- Wat is gezond opgroeien voor jou?
- Welke initiatieven in de wijk helpen bij gezond leven en gezond opgroeien?
- Welke veranderingen die helpen bij gezond leven en gezond opgroeien heb je in je wijk gezien?
- Wie in je omgeving kunnen helpen bij gezond leven en gezond opgroeien?
- Welke maatregelen kunnen helpen bij gezond leven en gezond opgroeien?

De gesprekken met de groepen ouders duurden telkens 2 uur. De gesprekken met de groepen kinderen duurden 1 uur. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal respondenten per groep:

	Den Haag	Drachten	Dwingeloo
Ouders	8	7	8
Kinderen	10	8	3

De selectie van de respondenten vond plaats in overleg met de scholen waar de gesprekken zijn georganiseerd. Deze scholen zijn aangedragen door beleidsmedewerkers van de respectievelijke gemeenten. Gekozen is voor scholen die actief beleid voeren met betrekking tot gezond opgroeien, bijvoorbeeld in het kader van ‘de gezonde school’. Voor het onderzoek was dit relevant, omdat juist van scholen die een bewust beleid voeren verwacht mag worden dat er sprake is van maatregelen en initiatieven gericht op een gezonde levensstijl, zodat er voldoende basis is voor de groepsgesprekken met ouders en kinderen. Voor de gesprekken met kinderen geldt dat het om leerlingen uit de groepen 7 en 8 van de basisschool gaat. Bij het gesprek in Den Haag hebben tevens enkele kinderen uit groep 5 en 6 deelgenomen.

Bij de selectie van ouders hebben de scholen open uitgevraagd onder de ouders van kinderen in groepen 7 en 8 wie interesse hadden om deel te nemen aan het gesprek. Hierbij is onvermijdelijk sprake van een zekere *bias* (doordat meer geïnteresseerde/betrokken ouders zich eerder aanmelden). Voor het doel van het onderzoek (een dieper inzicht verkrijgen in de *beleving* van de ondersteuningsstructuur) is dit overigens niet problematisch gebleken. Bij de presentatie van de resultaten dient echter wel benadrukt te worden dat er ook ouders zijn die minder makkelijk te bereiken zijn. Tenslotte dient te worden opgemerkt dat er in de gesprekken met ouders alleen moeders deel hebben genomen.

9.3 Insteek van de focusgroepen

Het thema overgewicht is niet specifiek geagendeerd, om te voorkomen dat de gesprekken als te sturend en/of te normatief zouden worden ervaren. In plaats daarvan is gekozen voor een bredere benadering waarbij gevraagd is naar gezond opgroeien. Tevens is ervoor gekozen om niet zozeer het begrip ‘ondersteuningsstructuur’ te bespreken, omdat dit naar verwachting voor ouders en kinderen te abstract is. In plaats daarvan is in de focusgroepen gesproken over concrete activiteiten met betrekking tot gezond leven en gezond opgroeien. Daarbij is enerzijds open uitgevraagd welke voorbeelden respondenten zelf weten te noemen, anderzijds is een lijstje met vooraf opgestelde initiatieven aan respondenten voorgelegd. Deze hoefden niet noodzakelijkerwijs in de eigen gemeente aangeboden te worden. Bij de gesprekken is consequent gekozen voor een open start van het gesprek, waarbij respondenten eerst zelf hun invulling mochten geven aan het thema ‘gezond opgroeien’, om vervolgens gestructureerd door te praten over specifieke thema’s, zoals de waardering voor activiteiten, de mate waarin mensen zich gestimuleerd voelen en de vraag wie ze als een logische en vertrouwde partner beschouwen bij gezond opgroeien.

Voor een juiste interpretatie van de bevindingen in dit hoofdstuk is het van belang stil te staan bij de meerwaarde én beperkingen van de gekozen onderzoeksmethode. De keuze voor focusgroepen is ingegeven door de wens een dieper inzicht te krijgen in de percepties en motieven van ouders en kinderen rond de onderwerpen van gesprek. De vorm van een groepsgesprek, waarbij respondenten door een moderator in het gesprek worden betrokken, leent zich hier bij uitstek voor. De gesprekken waren *niet* bedoeld om een representatief

overzicht op te leveren van de beleving van ouders en kinderen in het algemeen. De gekozen opzet (diepgaande gesprekken met een beperkt aantal ouders en kinderen) kent dus beperkingen ten aanzien van de generaliseerbaarheid. Daartoe zouden de bevindingen bij een grotere populatie moeten worden getoetst, bijvoorbeeld in de vorm van een kwantitatieve survey. Een dergelijk grootschalige validatie viel buiten de scope en mogelijkheden van deze evaluatie. Waar in dit hoofdstuk gesproken wordt over 'ouders' en 'kinderen' wordt dan ook bedoeld: de ouders en kinderen die deel hebben genomen aan de focusgroepen.

10 Gezond opgroeien in de wijk: perspectief ouders en kinderen

10.1 Gezond opgroeien: algemeen beeld

Voor zowel ouders als kinderen gaat gezond opgroeien over gezond eten, gezond drinken en bewegen. Enkele ouders benadrukken dat het van belang is dat kinderen niet alleen fysiek, maar ook psychisch gezond zijn: een liefdevolle opvoeding, 'een gezond geestelijk klimaat' of 'een hechte band in het gezin'. Ook wijzen ouders op het belang voor hun kinderen van het hebben van voldoende sociale contacten. Niet enkel met vriendjes, maar ook met volwassenen.

De gesprekken met kinderen begonnen telkens met de vraag waar de kinderen aan moeten denken bij 'gezond leven'. Vrijwel alle kinderen noemen zowel het belang van gezonde voeding (eten, drinken of voorbeelden daarvan) in combinatie met beweging (spelen, sporten en voorbeelden daarvan). In de gesprekken met ouders is een soortgelijke vraag gesteld. Alhoewel de antwoorden van de ouders op grote lijnen overeenkomen, zijn er ook duidelijke accentverschillen per plaats. De groep ouders uit de Haagse Transvaalbuurt heeft veel voorlichting en begeleiding gekregen vanuit de school. Dat vond zijn weerklank in het gesprek. Terwijl het accent in Den Haag erg op gezonde voeding ligt, benadrukken de ouders in Dwingeloo eerder het belang van een gezonde leefomgeving. De natuur, vies mogen worden, buiten kunnen spelen en zorgen voor dieren zijn daarvan ingrediënten. In Drachten valt op dat drie ouders onafhankelijk van elkaar het woord 'veiligheid' noteren op de vraag wat zij van belang vinden bij gezond opgroeien. Zij doelen daarmee op een omgeving waarin zij hun kinderen met een gerust hart buiten kunnen laten spelen. Dit thema komt ook bij de Haagse ouders naar voren, zij het in een iets andere vorm: in de Transvaalbuurt zijn de ouders positief over de vele activiteiten die na school worden aangeboden, waardoor hun kinderen onder toezicht buiten kunnen spelen of sporten.

10.2 Ervaren stimulans

Op de vraag door wie ouders zich het meest gestimuleerd voelen om er een gezonde levensstijl op na te houden scoren de school, de sportvereniging en familie of vrienden hoog, gevolgd door de huisarts en de jeugdgezondheidsarts. Andere antwoordmogelijkheden die aan de respondenten werden voorgelegd (het wijkteam, collega's op het werk, de werkgever en burens) scoren lager. In alle drie de groepen haasten de ouders zich om te benadrukken dat zij zelf als ouders het meest verantwoordelijk zijn. Bij de groepen in Dwingeloo en met name Drachten benadrukken ouders bovendien hun eigen autonomie: zij willen zelf bepalen hoe zij hun leven inrichten. Als iemand daar al wat van mag vinden, is het toch allereerst de huisarts, die er voor geleerd heeft en wiens taak het is je te wijzen op je gezondheid. De basisscholen

zijn dan ook terughoudend om te stellig als school positie te nemen. Er is aandacht voor gezonde traktaties, maar als een ouder met een minder gezonde keuze komt, wordt dit getolereerd. De Haagse basisschool De Springbok hanteert daarentegen een stringent beleid. Het is kinderen niet toegestaan in de pauze een pakje sap of blikje cola te drinken. Wie toch met een pakje drinken op school komt, ziet dat in de prullenbak belanden. Dit tot hilariteit van de kinderen, die het zonde vinden. De school schept zo een norm, ook voor de ouders. In Drachten en Dwingeloo is zoiets ondenkbaar. Uit de focusgroepen blijkt dat de ouders open staan voor voorlichting en informatie, sterker nog: ze willen graag meer en vaker betrokken worden bij het denken over initiatieven gericht op gezond opgroeien, maar hebben geen behoefte aan kaders die door anderen worden gesteld. Dit klinkt ook door bij de kinderen wanneer één jongen nadrukkelijk stelt zelf wel uit te maken wat en wanneer hij eet: 'Het is mijn leven.'

Naast de vraag aan ouders door wie zij zich gestimuleerd voelen om gezond te leven, is ook gevraagd wie ertoe bij kunnen dragen dat kinderen gezond opgroeien. Wie kan het verschil maken? Deze vraag is zowel aan ouders als aan kinderen voorgelegd. Ouders en verzorgers en de juf of meester op school staan bij beide groepen bovenaan. Ook de rol van kinderen zelf wordt door zowel kinderen als ouders benoemd. Hoog scoren ook de bijdrage die de coach van de sportclub en familieleden kunnen bieden. Antwoordmogelijkheden als 'de overheid', 'de politiek', 'de huisarts' en 'de voedingsmiddelenindustrie' scoren bij kinderen en ouders duidelijk lager. Desgevraagd leggen ouders uit dat zij zich weliswaar gestimuleerd voelen door de huisarts, maar dat zij de huisarts niet de eerst aangewezen persoon vinden om te zorgen dat kinderen ook daadwerkelijk gezond opgroeien. Bij zowel ouders als kinderen is de laagste score weggelegd voor 'de baas van de supermarkt in de wijk'. Er is geen verwachting dat die iets positief bij gaat dragen aan een gezonde levensstijl voor kinderen, omdat diens belang louter is zoveel mogelijk te verkopen – ongeacht wat. Opvallend is dat zowel kinderen als ouders de mogelijke bijdrage van de voedingsmiddelenindustrie aanmerkelijk hoger waarderen. Desgevraagd geven ouders en kinderen aan dat de industrie echt een bijdrage kan leveren omdat zij letterlijk aan de knoppen draaien van wat er in ons eten zit. Er zijn tenslotte ook enkele opvallende verschillen tussen kinderen en ouders. Zo kennen ouders een groter belang toe aan de invloed van vriendjes en vriendinnetjes dan kinderen zelf. Ouders schatten de bijdrage van het jeugdjournaal ook hoger in dan kinderen.

10.3 Levensstijl veranderen

In de gesprekken met ouders is een lijst met stellingen voorgelegd die betrekking hebben op gezond opgroeien. De ouders is gevraagd om per stelling op een vijfpuntsschaal aan te geven in hoeverre zij zich herkennen in elke stelling (5 = zeer mee eens, 1 = zeer mee oneens). In onderstaande tabel zijn de stellingen gesorteerd van hoog naar laag.

Bij de duiding van de resultaten zijn niet zozeer de precieze scores van belang, als wel het patroon dat ontstaat als de stellingen naast elkaar worden gezet. Uit de tabel blijkt dat de ouders in alle drie de groepen positief zijn over de mogelijkheden voor kinderen om buiten te spelen, over het aanbod van (sport)activiteiten en over de mogelijkheid daaraan deel te nemen. Minder positief zijn ouders over de betaalbaarheid van gezonde voeding. In alle groepen is brede consensus dat een gezonde keuze vaak een duurdere keuze is. Enkele ouders wijzen erop dat het omgekeerde ook geldt: wie geen geld heeft, is al snel veroordeeld tot minder gezonde keuzes. Enkele ouders weten dat er op hun school ook kinderen zijn van wie de ouders het niet breed hebben, die soms zonder ontbijt of met een zakje chips naar school komen, eenvoudigweg omdat er geen geld is voor iets beters.

Ook de stelling over de beschikbaarheid van gezonde voeding scoort relatief laag. Bij de nabespreking geven ouders aan dat zij soms ook niet precies meer weten wat nu wel en niet een verantwoorde keuze is. Een glas sinaasappelsap, kan dat nu wel of toch niet?

Stelling	Gemiddeld	Den Haag	Drachten	Wester- veld
Onze buurt is aantrekkelijk voor kinderen om buiten te spelen en te bewegen.	4,6	5,0	3,9	4,8
Er zijn in onze buurt sportverenigingen voor kinderen.	4,6	4,8	4,6	4,5
Er worden in onze buurt veel sportactiviteiten georganiseerd.	4,3	4,8	3,7	4,3
Het is makkelijk om mee te doen aan activiteiten om gezond te leven.	4,2	4,8	3,7	4,1
Het is makkelijk om gezond te eten.	3,6	3,4	3,6	3,7
Mensen in mijn wijk zijn steeds bewuster bezig met gezond leven.	3,5	3,9	3,1	3,4
De mensen uit de buurt mogen meedenken over maatregelen om gezond te leven.	3,5	4,4	2,7	3,1
Er is steeds meer gezonde voeding te krijgen in onze buurt.	3,4	3,2	3,5	3,5
Gezond eten is betaalbaar bij de winkels in onze buurt.	3,1	2,5	3,6	3,3
Mensen in onze wijk worden steeds gezonder.	3,1	3,3	3,0	3,0

De stellingen ‘het is makkelijk om gezond te eten’ en ‘mensen in mijn wijk zijn steeds bewuster bezig met gezond leven’ scoren niet hoog en niet laag. Bij de nabespreking geven sommige ouders aan heel bewust bezig te zijn met een gezonde levensstijl (‘ik bepaal wat op tafel komt’), terwijl anderen er minder actief mee bezig zijn. De groep ouders uit Den Haag toont zich heel actief, wat verklaard kan worden doordat zij actief deelnemen aan een werkgroep gezond leven die de school heeft opgestart. In Drachten en Dwingeloo is er geen sprake van zo’n vaste structuur. In de gesprekken in die plaatsen blijkt de mate waarin ouders bezig zijn met een gezonde leefstijl te variëren. Voor de een is het iets dat dagelijkse aandacht heeft, voor de ander is het een thema dat eigenlijk nooit expliciet speelt. In alle drie de groepen geven ouders aan dat het in de tijd dat zij zelf opgroeiden veel makkelijker was gezonde keuzes te maken. Je at wat de pot schafte. Tegenwoordig is er zoveel meer aanbod. Het is niet altijd makkelijk om gezond te leven, want er zijn allerhande verleidingen, van fast food tot gamen. Met name in de Haagse Transvaalbuurt is er veel aanbod van goedkoop fastfood. Meerdere ouders geven aan dat hun kinderen van hen geen geld krijgen en dus niets kunnen kiezen. En thuis bepalen zij wat op tafel komt. In Drachten en Dwingeloo is het aanbod beperkter. Toch refereren ouders in beide groepen aan de croissantjes en blikjes cola waarmee schoolgaande jeugd voor de supermarkt staat, al gaat het dan vooral om kinderen in het voortgezet onderwijs en niet om kinderen op de basisschool.

10.4 Deelname aan activiteiten

Ouders zijn in alle drie de plaatsen tevreden met het aanbod aan activiteiten voor kinderen om te spelen en te bewegen. Dit bleek al bij de eerste vraag die aan de ouders is voorgelegd, namelijk of zij hun wijk of plaats een gezonde plek vinden voor hun kinderen om op te groeien. In alle groepen hebben alle ouders deze vraag bevestigend beantwoord. Uit de toelichting bleek dat veel ouders wezen op de mogelijkheid om buiten te spelen, deel te nemen aan buitenschoolse activiteiten en deel te nemen aan (sport)activiteiten. Ouders geven aan dat hun kinderen deelnemen aan buitenschoolse (sport)activiteiten (Den Haag en Drachten) of lid zijn van een sportvereniging (alle drie de plaatsen). In Dwingeloo geven sommige ouders aan dat hun kinderen niet lid zijn van een vereniging, maar zelf actief buiten spelen of voor dieren zorgen.

In Den Haag organiseert de basisschool een uitgebreid programma met buitenschoolse activiteiten. Ook de welzijnsorganisatie heeft een goed bezocht activiteitenaanbod. De actieradius van ouders en kinderen beperkt zich tot de eigen wijk en aanpalende wijken. Naar een heel ander deel van de stad gaan komt eigenlijk niet voor. Het aanbod in de directe omgeving en de stimulerende rol van de school zijn daarom van groot belang. In Drachten organiseert de school ook een aanbod van buitenschoolse activiteiten. Daarnaast maken ouders gebruik van het aanbod van sportverenigingen. In Dwingeloo is de basisschool gehuisvest in nieuwbouw die direct grenst aan sportvelden. Er is jaarlijks een programma waarbij kinderen vrijblijvend kennis kunnen maken met verschillende sporten. Ouders zijn hier zeer positief over.

Enkele ouders merken op dat deelname aan naschoolse activiteiten of een lidmaatschap van een vereniging niet voor iedereen is weggelegd. Alhoewel er fondsen zijn waar ouders een beroep op kunnen doen wordt vaak toch een kleine bijdrage gevraagd. Voor mensen op bijstandsniveau kan dat de reden zijn om toch niet deel te kunnen nemen.

10.5 Meedenken over beleid

De vraag in welke mate ouders mee kunnen denken over gezondheidsbeleid is aan ouders voorgelegd in de vorm van de stelling 'de mensen uit de buurt mogen meedenken over maatregelen om gezond te leven'. De groep Haagse ouders waardeert deze stelling aanmerkelijk hoger dan de ouders in Drachten en Dwingeloo. Reden hiervoor is de actieve betrokkenheid van de ouders bij de werkgroep gezond leven van de school. Daar ervaren de ouders dat zij niet alleen ideeën kunnen opdoen en informatie kunnen krijgen, maar ook zelf hun stem kunnen laten horen. Uit de gesprekken in Drachten en Dwingeloo blijkt dat ouders niet specifiek bijdragen aan beleidsvorming. Wel zijn sommige ouders actief betrokken bij activiteiten, zoals een jaarlijks sportevenement.

Desgevraagd geven ouders in alle groepen aan best mee te willen denken. Aandachtspunten die ouders naar voren brengen zijn de toegankelijkheid van het activiteitenaanbod (kan iedereen het zich veroorloven?). Uit een lijstje fictieve beleidsmaatregelen geven ouders de optie 'kinderen gratis laten sporten' met een 9,1 het hoogste rapportcijfer. Zowel in Den Haag als in Drachten noemen verschillende ouders het belang van zwemles. Dat kinderen goed leren zwemmen is geen vanzelfsprekendheid, terwijl ouders dat wel van belang vinden.

Aan ouders is een lijst met fictieve beleidsmaatregelen voorgelegd. De waardering voor deze maatregelen (middels een rapportcijfer van 1 tot en met 10) blijkt uit onderstaande tabel. Uit de tabel blijkt dat maatregelen die beperkingen opleggen (parkeerplaatsen opheffen, de

supermarkt die geen snoep verkoopt) op weinig waardering kunnen rekenen. Ouders in Dwingeloo en Drachten geven aan dat zij hun kinderen soms met de auto naar moeten brengen, om vervolgens door te kunnen naar hun werk. Het opheffen van parkeerplaatsen plaats hun dan voor praktische problemen. Voor de maatregel om met de supermarkt af te spreken dat deze geen snoep en frisdrank aan kinderen verkoopt geldt dat ouders dit gedeeltelijk afwijzen omdat kinderen moeten leren zelf verantwoorde keuzes te maken, maar ook omdat zij het simpelweg niet zien gebeuren. Opvallend is verder de relatief gunstige score voor een suikertaks: in alle drie de groepen geven ouders aan positief te staan tegen een overheid die hen helpt verantwoorde keuzes te maken, enerzijds door de industrie daartoe te verplichten, anderzijds door ongezonde keuzes minder aantrekkelijk te maken.

Stelling	Gemiddeld	Den Haag	Drachten	Westerveld
Gratis sporten voor kinderen en jongeren.	9,1	10,0	9,3	8,1
Zorgen dat er een veilige fietsroute naar school is.	8,7	9,4	8,4	8,3
Meer watertappunten maken op school in de buurt.	8,5	9,9	8,6	7,0
Op school gezond eten leren maken.	8,3	9,9	7,7	7,1
In schoolpauzes buitenspelactiviteiten aanbieden.	8,2	8,8	8,6	7,4
Voorlichting geven over een gezonde levensstijl aan ouders.	8,1	9,9	8,2	6,1
Kinderen mogen alleen fruit meenemen om in de pauze te eten.	7,9	10,0	6,6	7,0
Meer speelpleintjes en speeltoestellen in de buurt.	7,8	7,8	8,1	7,6
Een extra belasting op producten waar veel suiker in zit, zoals frisdrank.	7,7	7,8	7,8	7,6
Meer uren schoolgym.	7,4	7,1	7,9	7,4
Op school meedoen aan het nationaal schoolontbijt.	7,4	9,1	7,6	5,5
Afspreken dat de supermarkt geen frisdrank en snoep aan kinderen verkoopt.	6,9	8,6	6,7	5,3
Parkeerplaatsen bij scholen opheffen, zodat kinderen lopend of met de fiets komen.	6,1	7,3	6,4	4,6

10.6 Ervaren verandering

In het evaluatiekader is de vraag opgenomen welke verandering inwoners ervaren als gevolg van het VWS-beleid en de ondersteuningsstructuur. Specifiek wordt daarbij in het evaluatiekader onderscheid gemaakt tussen het voedingsaanbod, beweging en de gezondheid van inwoners. Elke van deze aspecten lichten wij hieronder kort toe.

Voedingsaanbod. De belangrijkste verandering waarover ouders vertellen is niet de ondersteuningsstructuur, maar juist de toename van het aanbod van ongezonde voeding.

Over veranderingen in positieve zin zijn ouders minder stellig. Wel vertellen zij over voorbeelden van initiatieven die helpen om gezond te eten en te drinken. In alle drie de plaatsen nemen de basisscholen deel aan het nationale schoolontbijt. Ook wordt op alle scholen aandacht besteed aan gezonde traktaties. In Den Haag en Drachten wordt schoolfruit uitgedeeld. Ouders waarderen dit, omdat hun kinderen op die manier kennis maken met fruit dat zij thuis niet altijd krijgen. De basisschool in Den Haag voert een beleid waarbij kinderen geen sap of fris mogen drinken. De ouders die deelnemen aan de focusgroep in Den Haag ervaren dit als een positieve verandering.

Beweging. De ouders in Den Haag ervaren een duidelijk verschil met vroeger in de mogelijkheden om buiten te spelen, te bewegen en deel te nemen aan sportactiviteiten. Zij hebben de indruk dat er meer aanbod is dan een aantal jaar geleden. Ook wijzen zij op de voorlichting en op de adviezen van een diëtist. In de Haagse groep wordt de problematiek van overgewicht actief door respondenten in het gesprek ingebracht. De ouders zijn zich bewust van het belang van gezond eten, drinken én bewegen. In Drachten en Dwingeloo is het beeld minder duidelijk. Enerzijds geven ouders aan dat er druk staat op voorzieningen (bijvoorbeeld zwemlessen), anderzijds is er het gevoel dat er voldoende aanbod is. Meerdere ouders geven aan dat het vooral zaak is de tijd die hun kinderen achter beeldschermen doorbrengen in te perken, juist omdat dit anders ten koste gaat van beweging. Dit is echter iets wat zij zelf actief agenderen en wat niet zozeer voortvloeit uit beleid. Voor ouders blijkt het ook lastig om een verandering in beleid te duiden. In Drachten en Dwingeloo vertellen de ouders vooral over de keuzes die zij zelf maken, terwijl in Den Haag in het gesprek met de ouders merkbaar is dat de ouders actief deelnemen in een werkgroep over gezond leven die de school aanbiedt.

Gezondheid inwoners. De vraag in hoeverre ouders een verandering ervaren in de gezondheid van inwoners is voorgelegd aan de hand van de stelling 'mensen in onze wijk worden steeds gezonder'. Deze stelling scoorde het laagst van alle stellingen (zie de tabel bij paragraaf 6.5). Bij de bespreking geven ouders aan zich bewust te zijn van het belang van een gezonde leefstijl. Tegelijkertijd overheerst het gevoel dat de gezondheid van de mensen in de wijk *in het algemeen* er op achteruit is gegaan. In dit verband is het relevant te wijzen op de groep ouders die wordt bereikt met de ondersteuningsstructuur. De vraag is in hoeverre de ondersteuningsstructuur juist die ouders bereikt die er het meest baat bij hebben. De ouders die deel hebben genomen aan de groeps gesprekken zijn ouders die open staan voor het thema. Juist voor de groep ouders voor wie dat niet vanzelfsprekend is, lijkt de school op basis van dit onderzoek de meest aangewezen partij om hen te bereiken.

Bijlage 1: Evaluatiekaders

Evaluatiekader deelvraag 1

Het evaluatiekader bij deelvraag 1, over het primair effect van de ondersteuningsstructuur zoals deze ervaren wordt door gemeenten, bestaat uit elementen die iets zeggen over hoe de ondersteuningsstructuur wordt ervaren door gemeenten en wat in de structuur ervoor zorgt dat er feitelijk gebruik van wordt gemaakt. Het gaat over beleidsontwikkeling, proces, werkwijze en beoogde effectiviteit.

Onderwerp	Indicator / topic
Ervaring ondersteuningsaanbod	<ul style="list-style-type: none">— Bekendheid met het ondersteuningsaanbod— Concrete programma's / activiteiten waar gemeente gebruik van maakt— Mate waarin starten met producten / activiteiten uit de ondersteuningsstructuur gemakkelijk is.— Mate waarin het ondersteuningsaanbod als behulpzaam wordt ervaren in ontwikkelen van lokaal beleid— Mate waarin het aanbod als behulpzaam wordt ervaren in het uitvoeren van de lokale, concrete aanpak (uitvoering)— Invulling van de verbinding tussen ondersteuningsstructuur en gemeenten (communicatie, vraaggericht werken)— Mate van monitoring en nazorg door ondersteuningsstructuur
Lokaal beleid	<ul style="list-style-type: none">— Mate waarin gezond gewicht en terugdringen overgewicht / obesitas bij jeugd een prioriteit in lokaal gezondheidsbeleid is (in huidig en in eerder beleid)— Breedte van de beleidsdoelen (bijvoorbeeld: overgewicht terugdringen vs. realiseren van omgeving die uitnodigt tot bewegen) en de mate waarin de ondersteuningsstructuur daarbij helpt.— Strekking van de beleidsdoelen (bijvoorbeeld: voorlichting, educatie of individuele begeleiding vs. de integrale aanpak van de omgeving waarin jeugdigen opgroeien) en de mate waarin de ondersteuningsstructuur daarbij helpt.— Specificiteit van de beleidsdoelen (bijvoorbeeld: gericht op specifieke doelgroepen) en de mate waarin de ondersteuningsstructuur daarbij helpt.— Mate van integraliteit van beleid, als in: intersectoraal en breder dan alleen het domein van publieke gezondheid (ook: fysiek, economisch, medisch, psychosociaal)— Stadium van beleidsontwikkeling waarin andere sectoren zijn betrokken en de mate waarin de ondersteuningsstructuur daarbij helpt.

	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin inwoners betrokken zijn bij vormgeven van gezondheidsbeleid — Mate waarin gemeente in (de vormgeving en uitvoering van) beleid samenwerkt met partners in het publieke en niet-publieke domein — Mate waarin lokale bestuurders ambassadeur zijn van de lokale integrale aanpak – verticale verankering tussen uitvoering, beleid en politiek-bestuurlijk
Ervaren resultaten ondersteuningsstructuur	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin gemeenten ervaren dat activiteiten / producten uit de ondersteuningsstructuur snel tot merkbare verandering leiden
Stimulerende en belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> — Kenmerken van (de werkwijze van de) ondersteuningsstructuur die bevorderen dat gemeenten gebruik maken / geneigd zijn gebruik te maken van de ondersteuningsstructuur? Bijvoorbeeld: wijze van contact en benaderen, type producten, mate waarin gemeenten worden betrokken bij productontwikkeling, begeleiding bij gebruik. — Kenmerken van (de werkwijze van de) ondersteuningsstructuur die gemeenten belemmeren om gebruik te maken van de ondersteuningsstructuur
Afstemming en sturing	<ul style="list-style-type: none"> — Afstemming tussen actoren in het ondersteuningsaanbod (bijvoorbeeld: in hoeverre stemmen de verschillende programma's met elkaar af/ vullen ze elkaar aan) — Inrichting sturing op de onderdelen van de ondersteuningsstructuur

Evaluatiekader deelvraag 2

Het evaluatiekader voor deelvraag 2 gaat over elementen die iets zeggen over de ervaring van ouders en jeugdigen in hun wijk.

Domein	Onderwerp	Indicator / topic
Inwoners gaan er zelf wel/niet mee aan de slag	Externe stimulans in hun leefomgeving	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin ouders en kinderen zich actief gestimuleerd / benaderd voelen gezond te leven door zorgverleners (bv huisarts, jgz-medewerkers) — Mate waarin ouders en kinderen zich actief gestimuleerd / benaderd voelen gezond te leven op school — Mate waarin ouders en kinderen zich actief gestimuleerd / benaderd voelen gezond te leven op hun werk — Mate waarin ouders en kinderen zich actief gestimuleerd / benaderd voelen gezond te leven in hun vrije tijd (bijvoorbeeld via sport aanbod)
	Uitvoerbaarheid van veranderen leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin ouders en kinderen producten/activiteiten uit ondersteuningsstructuur 'doenbaar' vinden — Gemak / eenvoud om leefstijl te veranderen
Beleid en uitkomsten van beleid (output)	Meedenken over beleid	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin ouders en kinderen zelf hebben kunnen meedenken/meepraten over het vormgeven van gezondheidsbeleid
	Deelname aan activiteiten / programma's	<ul style="list-style-type: none"> — Mate van deelname van ouders en kinderen aan activiteiten en voorzieningen
Ervaren verandering	Voedingsaanbod	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin ouders en kinderen ervaren dat er meer gezond voedingsaanbod is — Mate waarin ouders en kinderen ervaren dat er marketing (stimulans) is op gezonde voeding
	Beweging	<ul style="list-style-type: none"> — Mate waarin ouders en kinderen ervaren dat hun wijk beweegvriendelijk is
	Ontwikkeling gezondheid inwoners	<ul style="list-style-type: none"> — Ontwikkelingen in de gezondheid van inwoners — Ontwikkelingen bij kinderen met overgewicht

Bijlage 2: Geïnterviewde personen

A. Interviews GGD-en

Organisatie	Gesproken met...
GGD Haaglanden	Mw. J. Cnossen-Bruins
GGD Utrecht	Mw. L. Dokter
GGD Friesland	Mw. M. Bleeker
GGD Hollands Noorden	Mw. E. Kleine Deters
GGD Groningen	Mw. S. Schippers
GGD IJsselland	Mw. M. de Jong
GGD Noord- en oost Gelderland	Mw. C. Pieters
GGD Gelderland Midden	Mw. F. Raaijmakers
GGD Gelderland Zuid	Dhr. G. Molleman
GGD Brabant Zuidoost	Mw. E. van Bree
GGD Zuid Limburg	Mw. N. Rutten
GGD Midden & Noordoost Brabant	Mw. N. Thijssen
GGD Kennemerland	Dhr. J. Buijtendijk
GGD Hollands Midden	Mw. F. Sijpestein
GGD Flevoland	Mw. K. Makarawung
GGD Twente	Mw. M. Jokhorst
GGD Zeeland	Mw. E. van Klinken
GGD Gooi en Vechtstreek	Mw. B. Hamburg
GGD Drenthe	Mw. M. van Dijk

B. (Groeps)interviews programma's ondersteuningsstructuur

Programma	Gesproken met...
Jongeren op gezond gewicht (JOGG)	Mw. M. Bachra
	Mw. M. Spaans
	Mw. C. Prakke
Care for obesity	Mw. M. Sijben
	Mw. J. Halberstadt
Gezond in...	Mw. D. Ketelaars
	Mw. F. Haker

Gezonde schoolkantine	Mw. M. Ploum
	Mw. H. Schuit
Gezonde school	Mw. A. Westhuis
Gezonde kinderopvang	Mw. K. van Drongelen
Sportimpuls	Mw. A. Bekkers
Jong leren eten	Mw. E. Leusink
	Mw. V. Tersteeg

C. Portefeuillehouders programma's

Organisatie	Gesproken met...	Programma
VWS, Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie	Dhr. K. Berkenbosch	JOGG
VWS, Directie Sport	Mw. J. van der Velde-Proost	Sport en Bewegen in de Buurt
VWS, Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie	Dhr. J. Lok	Opdrachtgever
	Mw. H. Klerken	Care for Obesity en Gezonde Schoolkantine
	Mw. M. Kunst	Gezonde School
LNV	Dhr. R. van Raaij	Jong leren Eten en Gezonde School
VWS, Directie Financieel-Economische Zaken	Dhr. F. Robben	

D. (Groeps)interviews gemeenten

Gemeente	Gesproken met...
Alphen aan den Rijn	Mw. A. van Brink
Amersfoort	Dhr. M. Snippe
Amsterdam	Mw. K. den Hartog en Mw. P. Elstak
Barneveld	Dhr. G. Kraan
Bunschoten	Mw. N. Ruizendaal- Koelewijn
Den Haag	Mw. C. van den Brink
Doesburg	Mw. P. Oortgiese
Geldrop-Mierlo	Dhr. H. van Lieshout
Haaren	Mw. M. Schellekens
Heerde	Dhr. P. Harmsen
Heusden	Mw. C. Martens
Hilversum	Dhr. J. Elzinga
Leiden	Dhr. R. Groeneweg en Mw. A. Veltman
Oegstgeest	Dhr. C. Duyvendak
Raalte	Mw. A. van de Riet
Rijswijk	Mw. J. de Vries

Smallingerland	Mw. A. de Vries en mw. A. Meijer
Utrecht	Dhr. G. van den Heuvel en Mw. J. Baart
Voerendaal	Dhr. T. Zeguers
Westerveld	Dhr. R. Veldhuis en dhr. T. Jansen
Zaandam	Mw. C. Eggenkamp en Dhr. T. Moons
Zaltbommel	Dhr. M. de Bont
Zeewolde	Mw. A. Hoppenbrouwers

E. Interviews professionals

Organisatie	Gesproken met...	Functie
Basisschool de Kameleon, Drachten	Dhr. M. van der Kamp	Directeur
GGD Fryslân	Mw. J. Cohen Tervaert	Functionaris Gezondheidsbevordering, Coördinator Gezonde School Fryslân en Makelaar Jong Leren Eten
GGD Fryslân	Mw. Y. van Wieren	Jeugdverpleegkundige
Het Drachster Lyceum, Drachten	Mw. C. Koks	Coördinator Gezonde School
Sportbedrijf Drachten	Mw. S. Bos	Consulent Sport & Bewegen
Peuterspeelzaal de Turfjes, Drachten	Mw. J. van Dijk	Pedagogisch medewerker

F. Focusgroepen

Gemeente	Locatie	Gesproken met...
Den Haag	Basisschool De Springbok	8 ouders
		10 kinderen
Smallingerland	Basisschool De Spreng	7 ouders
		8 kinderen
Westerveld	Basisschool Burg. Storkschool	8 ouders
		3 kinderen

Bijlage 3: Overzicht geselecteerde gemeenten

Gemeente	Grootteklasse	Prioriteit in beleid	Deelname in programma's	GGD-regio/Veiligheid- en Gezondheidsregio
Alphen a/d Rijn	Middelgroot	Ja	6	Hollands Midden
Amersfoort	Groot	Ja	6	Utrecht
Amsterdam	Groot	Ja	8	Amsterdam
Barneveld	Middelgroot	Ja	3	Gelderland-Midden
Bunschoten	Klein	Nee	2	Utrecht
Den Haag	Groot	Ja	7	Haaglanden
Doesburg	Klein	Ja	2	Gelderland-Midden
Geldrop-Mierlo	Klein	Nee	5	Brabant-Zuidoost
Haaren	Klein	Nee	1	Hart voor Brabant
Heerde	Klein	Nee	4	Noord- en Oost-Gelderland
Heusden	Klein	Nee	2	Hart voor Brabant
Hilversum	Middelgroot	Ja	6	Gooi en Vechtstreek
Leiden	Middelgroot	Ja	6	Hollands-Midden
Oegstgeest	Klein	Nee	3	Hollands-Midden
Raalte	Klein	Ja	4	IJsselland
Rijswijk	Middelgroot	Ja	4	Haaglanden
Smallerland	Middelgroot	Ja	7	Fryslân
Utrecht	Groot	Ja	7	Regio Utrecht
Voerendaal	Klein	Ja	1	Zuid-Limburg
Westerveld	Klein	Nee	4	Drenthe
Zaanstad	Groot	Ja	7	Zaanstreek Waterland
Zaltbommel	Klein	Ja	4	Gelderland-Zuid
Zeewolde	Klein	Nee	3	Flevoland

Hierbij hebben we gemeenten als volgt ingedeeld in grootteklassen:

- Klein: 0 – 50.000 inw (12 gemeenten)
- Middelgroot: 50.000 – 150.000 inw (6 gemeenten)
- Groot: > 150.000 inw (5 gemeenten)

Bijlage 4: Geraadpleegde documenten en websites deskresearch

Geraadpleegde documenten

- Een gezonde kinderopvang in de praktijk, evaluatieonderzoek bij tien kinderopvangorganisaties en drie brede scholen (2016), Nederlands Jeugd Instituut.
- Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kst 846306-142553-PG.
- Monitor Jongeren op Gezond Gewicht 2017 (2018), Mulier Instituut.
- Programma 2017-2020 (2016), Gezonde School.
- Oprichting Stichting Jongeren op Gezond Gewicht (2014), Eerste en Tweede Kamer der Staten Generaal, kst 34080 nr. 2.
- Rijksjaarverslag 2017, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kst. 34950-XVI-1.
- Voortgangsrapportage monitor Sport en Bewegen in de Buurt 2018, Mulier Instituut.
- Werkplan 2018 RIVM Centrum Gezond Leven (2018), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Geraadpleegde websites

- www.jongerenopgezondgewicht.nl/over-jogg
- www.gezondeschool.nl/over-ons
- www.gezondekinderopvang.nl/over-ons
- www.gezondeschoolkantine.voedingscentrum.nl/nl.aspx
- www.gezondin.nu/
- www.jonglereneten.nl/
- www.kinderopvangtotaal.nl/thema/gezonde-kinderopvang/
- www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Gezonde-Schoolkantine
- www.partnerschapovergewicht.nl/c4o
- www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/programma-detail/sportimpuls-kinderen-sportief-op-gewicht/

Bijlage 5: Topiclijst interviews gemeenten

Kennis over- en behoefte aan ondersteuning

- Duiding eigen ondersteuningsbehoefte
- Duiding ondersteuningsbehoefte in fasen van de beleidscyclus

Tot standkoming deelname programma's

- Bekendheid van programma's en de verhouding tussen programma's
- Afwegingen om wel of niet deel te nemen aan programma
- Oorsprong initiatief tot deelname (beleidsmatig, bestuurlijk, uitvoering)
- Hebben gemeenten voldoende informatie om te besluiten over deelname
- Drempels of belemmerende factoren voor deelname
- Communicatie door programma's met gemeenten

Ervaring met ondersteuningsstructuur

- Ervaring met afstemming programma's in ondersteuningsstructuur onderling
- Ervaren ondersteuning in fasen beleidscyclus
- Ondersteuning bij het komen tot integraal beleid
- Ervaren resultaten
- Borging met het oog op de lange termijn
- Betrokkenheid bij vormgeving ondersteuning, diensten, tools, interventies

Bijlage 6: Relevante wetsartikelen

Wet Publieke gezondheid (Wpg)

Artikel 2

1. Het college van burgemeester en wethouders bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
 - b. het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
 - c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
 - d. **het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering,**
 - e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
 - f. het bevorderen van technische hygiënezorg,
 - g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen,
 - h. het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

Artikel 13

1. Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek vast op het gebied van de publieke gezondheid.
2. De gemeenteraad stelt binnen twee jaar na openbaarmaking van de nota, bedoeld in het eerste lid, een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft:
 - a. wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de artikelen 2, 5, 5a en 6 genoemde taken,
 - b. welke acties in de bestreken periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen,
 - c. welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen,
 - d. hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikel 16 genoemde verplichting.
3. De gemeenteraad neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in ieder geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Besluit Wet Publieke gezondheid

Artikel 2.2

De in artikel 2, tweede lid, aanhef en onder d, van de wet genoemde werkzaamheid omvat in ieder geval het in stand houden van een structuur voor de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering.

Artikel 6

1. De werkzaamheden inzake het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan jeugdigen tot 14 jaar, omvatten individueel of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, gericht op het ondersteunen van ouders en jeugdigen, en betreffen in ieder geval de onderwerpen:
 - gezonde (borst-)voeding
 - **overgewicht / ondergewicht**
 - voedselovergevoeligheid
 - vitamine D en K
 - veilig slapen
 - veiligheid
 - voorkeurshouding
 - meerooken
 - gebit en gebitsverzorging
 - middelengebruik (alcohol, roken, cannabis en andere drugs)
 - leefstijl
 - sport en bewegen
 - seksueel gedrag (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie)
 - internetgebruik en gameverslaving
 - psychosociale problemen
 - opvoedvragen, -problemen en kindermishandeling (waaronder vrouwelijke genitale verminking en shaken baby syndroom)
 - weerbaarheid jeugdigen, waaronder pesten, discriminatie, geweld (waaronder seksuele dwang)
 - depressie
 - disbalans draagkracht/draaglast en ontvangen zorg/zorgbehoefte bij kind en gezin
 - gezondheidsbedreigingen gezin en omgeving (sociaal, fysiek, psychisch, pedagogisch milieu)
 - school-/ziekteverzuim/schooluitval.

2. De werkzaamheden inzake het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan jeugdigen vanaf 14 jaar, omvatten individueel of groepsgerichte voorlichting, advies, instructie en begeleiding, en betreffen in ieder geval de onderwerpen:
 - **overgewicht / ondergewicht**
 - middelengebruik (alcohol, roken, cannabis en andere drugs)
 - leefstijl
 - **sport en bewegen**
 - seksueel gedrag (waaronder seksueel overdraagbare aandoeningen en anticonceptie)
 - internetgebruik en gameverslaving
 - weerbaarheid jeugdigen, waaronder pesten, discriminatie, geweld (waaronder seksuele dwang)
 - depressie

Jeugdwet

Artikel 2.3

1. Indien naar het oordeel van het college een jeugdige of een ouder jeugdhulp nodig heeft in verband met opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen en voor zover de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen ontoereikend zijn, treft het college ten behoeve van de jeugdige die zijn woonplaats heeft binnen zijn gemeente, voorzieningen op het gebied van jeugdhulp en waarborgt het college een deskundige toeleiding naar, advisering over, bepaling van en het inzetten van de aangewezen voorziening, waardoor de jeugdige in staat wordt gesteld:
 - a. **gezond en veilig op te groeien;**
 - b. te groeien naar zelfstandigheid, en
 - c. voldoende zelfredzaam te zijn en maatschappelijk te participeren, rekening houdend met zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau.

Andersson Elffers Felix
Adviesbureau voor maatschappelijke vraagstukken

(030) 236 30 30
www.aef.nl

Volg ons ook op LinkedIn