

VERSLAG

MASTERCLASS: GEZOND IN DE STAD WTC, ROTTERDAM

28-11-2007

Inleiding

Op 28 november 2007 vonden twee masterclasses in het kader van Gezond in de Stad plaats. De organisatie lag in handen van de GGD Rotterdam – Rijnmond, in samenwerking met Het Portaal. In dit verslag wordt de opbrengst van de masterclasses uitgebreid weergegeven.

Plenaire introductie

Marianne Donker (directeur GGD Rotterdam-Rijnmond) heet alle deelnemers welkom, in het bijzonder de beide masters, Leonard (Len) Syme (sociaal epidemioloog, emeritus-hoogleraar van de University of Berkeley) en Julia Taylor (directeur van Gezonde Stad Liverpool).

De masterclass is georganiseerd voor de volgende reden: Het college van burgemeester en wethouders heeft zich tot doel gesteld de gezondheidssituatie in Rotterdam op het nationale gemiddelde te krijgen. Deze doelstelling is zeer ambitieus. Om de gezondheid in de stad sterk te verhogen is de GGD daarom bijzonder geïnteresseerd om adviezen te ontvangen en samenwerkingsverbanden te bouwen. Het doel van de masterclass is om het debat aan te gaan en ideeën te delen.

Johan Mackenbach van het Erasmus MC zit de dag voor. Zijn onderzoeksgroep helpt de GGD met het uitvoeringsprogramma Gezond in de Stad (GIDS). Volgens Johan belooft de masterclass zeer interessant te worden. De discussie vindt plaats tegen de achtergrond van het GIDS programma, en omdat de ambities hoog zijn is hulp zeer welkom. Hoewel beide masterclasses hun eigen onderwerp hebben, worden ze gedreven door kennis en ervaring van de masters. Johan geeft de masters de gelegenheid zichzelf te introduceren.

Julia Taylor is directeur van het Liverpool Healthy City programme. Liverpool heeft in haar ogen vergelijkbare problemen en achterstanden als Rotterdam. Julia is gedurende een zeer lange periode steeds meer betrokken geraakt bij gezondheidseducatie. Toen ze betrokken raakte bij het programma in Liverpool was al veel onderzoek gedaan, maar moesten de resultaten daarvan nog in de praktijk gebracht worden: daar ligt ook Julia's expertise.

Len Syme is hoogleraar epidemiologie geweest aan de University of Berkeley. Hij was tevens een van de grondleggers van de sociale epidemiologie. Een belangrijke omslag in zijn carrière vond plaats op het moment dat hij zich bezig ging houden met de vraag hoe de informatie van zijn onderzoek daadwerkelijk een verschil kon maken.

Masterclass Len Syme

De deelnemers aan deze masterclass zijn: Marianne Donker (GGD Rotterdam-Rijnmond), Reind van Doorn (GGD Rotterdam-Rijnmond), Henk Garretsen (Universiteit van Tilburg), Ineke Geerdink (Stichting Vrouw(en) in Beweging Delfshaven), Brigitte Hansen (TU Delft), Carolien van Hooijdonck (Erasmus Medisch Centrum), Sjoerd Kooijker (SCP), Frank van Lenthe (EMCR), Simone Saleminck (SCP), Toon Voorham (GGD Rotterdam-Rijnmond) en Erik Jan de Wilde (Nederlands Jeugdinstituut). Johan Mackenbach (Erasmus Medisch Centrum) modereert de discussie.

Len begint zijn betoog met de stelling dat het revolutionair is voor medici om verder te kijken dan het klinische ziektemodel. Dit model wordt namelijk verworpen door maatschappelijke krachten. Dit uitgangspunt is bekend binnen de sociologie sinds de baanbrekende studie over zelfmoord door Durkheim. Wordt er gekeken naar de huidige aanpak van Rotterdam om de stad en haar inwoners gezonder te maken, dan is deze over het algemeen erg goed. Een ernstig gebrek is echter de nadruk die op de problemen van individuen (zoals rookverslaving en overgewicht) ligt. Het gezondheidsbeleid laat zich leiden door risicofactoren. Interventies worden gepleegd aan de hand van klinische ziektebeelden. Dit perspectief is leidend en zeer moeilijk aan te ontkomen, maar functioneert niet.

Maar zelfs al zouden de interventies wel succesvol zijn, dan zou dit van korte duur zijn. Nieuwe individuen met dezelfde problemen houden het grotere maatschappelijk probleem in stand. Binnen het klinische paradigma worden de problemen niet opgelost omdat de interventies in risicofactoren niet werken.

Sjoerd Kooijker vraagt zich af wat er nodig is een omslag in denkmodel te bewerkstelligen. Hoe kan het epidemiologische model van interventie in risicofactoren tegen zichzelf ingezet worden?

Een van de grootste problemen volgens Len is financiering. Subsidiegelden zijn verbonden aan bepaalde individuele ziekten; op die manier wordt dus ook het geld verdeeld.

Sjoerd gebruikt de ingenieur als voorbeeld voor de Nederlandse manier van denken. Veranderingen worden teweeg gebracht door kleine en zorgvuldige ingrepen. Voor de gezondheidszorg betekent dit dat een ongezonde levensstijl duurder gemaakt wordt door steeds hogere belasting. Maar werkt dat? Immers, deze spartaanse aanpak heeft vooral effect op de sociaal zwakkeren. Voor de financieel sterkeren is een gezondere levensstijl veel meer een vrijetijdsbesteding (bijvoorbeeld dure sportclubs), en dus makkelijker. Marianne vindt dat het effect niet verward moet worden met de acceptatie van een maatregel. Bovendien is het moeilijk over acceptatie te spreken zonder onze eigen (middenklasse) waarden te projecteren.

Deze discussie mondt uit in een onderzoeksvoorstel: een kwalitatieve studie van groepen met verschillende levensstijl over hun perceptie van gezondheid. Er moet hierin juist geen interpretatie van risicofactoren worden gegeven. Vooruitgang moet geboekt worden op groepsniveau.

Volgens Henk Garretsen is de situatie niet zo zwart-wit. Sinds de gezonde stad aanpak is begonnen zijn bovenstaande onderzoeken uitgevoerd en dat is nog steeds zo.

Len is het daar wel mee eens, maar legt uit dat het risicofactoren perspectief en sociale levensfactoren zelden bij elkaar komen. Dat is precies waarom interventies gebaseerd op risicofactoren niet werken. Len geeft een voorbeeld over stoppen met roken: een zeer intensief zes-jarig project met hoog risico personen had absoluut geen effect. Ook nadat het project was voortgezet op *community level* / de leefomgeving bleven goede resultaten uit. Daarna bleek pas het cruciale punt: de sociale and fysieke omgeving van de deelnemers was zodanig dat stoppen met roken geen prioriteit was in het leven. De deelnemers hadden andere meer urgente problemen. Als men in een eerder stadium met de deelnemers had gepraat over hun fundamentele problemen, dan was er geen interventieproject opgezet gericht op de risicofactoren.

Marianne vraagt zich af of de oplossing wel echt ligt in het luisteren naar de mensen. Bijvoorbeeld: de strikte anti-rookwetgeving in California is er niet gekomen door aan mensen te vragen of ze dit wilden, maar weldegelijk erg succesvol. Volgens Len zijn die regels pas echt een succes geworden toen de problematiek van meeroken het debat begon te beïnvloeden. Maar in Europa zijn ook voorbeelden van strenge anti-rookwetgeving die niet voortkomt uit het luisteren naar de mensen (Ierland en Italië), aldus Reind van Doorn. Johan weet uit ervaring dat sociale gezondheidszorgprojecten in de leefomgeving vaak niet effectief zijn omdat ze geen oplossing bieden voor de problemen van de mensen.

Leonard haalt de Whitehall studies aan waarin de sociale oorzaken van gezondheid onderzocht zijn. Uit deze studies blijkt dat het zelf kunnen bepalen van de lotsbestemming doorslaggevend is. Door mensen te helpen hun leven beter onder controle te houden en gebruik te maken van maatschappelijke systemen, kan hun gezondheid verbeteren. Controle hebben over je leven heeft een sterke invloed op de fysieke situatie. Mensen in staat stellen hun lotsbestemming te kunnen bepalen is actiegericht en vraagt dus om actiegeoriënteerd gezondheidsonderzoek.

In welke mate je mensen ook hun eigen lotsbestemming laat bepalen, het zal alleen werken als je een leefomgeving creëert waarin dat vermogen tot uitdrukking kan komen, aldus Marianne. Len is het daar maar deels mee eens: het lukt maar ten dele om in te grijpen in de leefomgeving van mensen omdat de fundamentele oorzaken veelal onzichtbaar blijven. Bovendien is het moeilijk om invloed uit te oefenen op het niveau van de leefomgeving, omdat dit geen directe oplossing lijkt voor de individuele gezondheidsproblemen van de mensen. Wat er dan gebeurt, zegt Henk, is dat de acute individuele problemen aangepakt worden omdat het oneerlijk is daar niets aan te doen, en dat men telkenmale niet toekomt aan de grotere fundamentele problemen, zoals het mensen in staat stellen hun lotbestemming te bepalen. Dit probleem is te groot voor professionals in de gezondheidszorg om alleen aan te pakken.

Volgens Marianne heeft het geen zin alle kennis die er al is overboord te gooien. Maar het 'gebrek aan hoop' heeft weldegelijk invloed op de fysieke situatie van mensen en het is dus goed dat deze kwestie langzaamaan meer invloed op het beleid krijgt.

Professionals in de gezondheid zorg moeten volgens Len:

- beter met de media om leren gaan;
- alle aandacht vestigen op kinderen en educatie

Door op jonge leeftijd de perspectieven van kinderen te verbeteren, kunnen hun levens veranderen.

Tot zover heeft Len beargumenteerd dat interventies vaak mislukken omdat ze gericht zijn op risicofactoren. Van belang zijn echter de fundamentele oorzaken van de gezondheidssituatie die een gebrek aan hoop veroorzaken en hoe deze te verbeteren.

De vraag is nu: hoe kan dit in Rotterdam gedaan worden?

Ineke Geerdink verteld over haar project 'vrouwen in beweging'. Door te luisteren naar vrouwen en waar ze behoefte aan hebben, is een programma ontwikkeld voor lichaamsbeweging en gezonder leven. Volgens Len bevestigt dit project zijn argument. Bovendien zijn mensen blij verrast met de aandacht die ze krijgen. Kortom: de sociale dimensie is enorm. Door de manier van aanpak zijn de resultaten van het project 'vrouwen in beweging' waarschijnlijk beter dan verwacht. Beweging functioneert zo ook als een middel voor andere zaken.

Maar is dit nu wezenlijk anders, vraagt Johan zich af.

Len zegt van niet. Maar door te praten met mensen over wat er echt toe doet en door ze samen te brengen ontstaan onverwachte resultaten.

Er worden een aantal vragen gesteld:

Brigitte Hansen vraagt zich af of men in Nederland wel open staat voor de aanpak die Len voorstelt. Bovendien, werkt het wel op de lange termijn?

Hoe kan betrokkenheid bij het stimuleren van gezondheid bereikt worden en waar zou het onderzoek naar gezondheidsbeleid op gericht moeten worden, wil Sjoerd van Len weten.

Het is moeilijk kwantitatieve data te negeren, want de data gaan over werkelijke problemen. Gezondheidsbeleid zou zich echter moeten richten op de lange termijn, in plaats van tijdelijke onderwerpen. Welke onderzoeksvraag zou dan gesteld moeten worden? Misschien wel: wat stimuleert zelfbeschikking? En wat kan de stad doen? Volgens Toon Voorham, het stimuleren

van debat over maatschappelijke vraagstukken, het creëren van engagement en visieontwikkeling.

Maar, zo stelt Marianne, er wordt al veel gedaan. Jongeren op school houden is al een speerpunt. De noodzaak hoopvol te zijn, is al aanwezig. Vanuit het beleid moet worden getoond dat deze zaken van groot belang zijn.

Volgens Toon worden bepaalde gezondheidsproblemen aangepakt vanuit de aanbods-kant. Waar het echt om draait is het formuleren van een visie. Onderwijs in de gezondheidszorg moet veel meer aansluiten op de daadwerkelijke vraag voor bepaalde zorg.

Tenslotte pleit Erik Jan de Wilde ervoor dat Rotterdam actief de ontwikkeling van sociale cohesie gaat stimuleren. In plaats van het monitoren van ziektebeelden, zou de focus moeten liggen op zaken als participatie, eenzaamheid, hoop, etc. wanneer er reden is deze als fundamentele aspecten van de gezondheid te beschouwen. Het zijn reële problemen waarvoor vooralsnog geen afdoende behandeling is.

Masterclass Julia Taylor

De deelnemers aan deze masterclass zijn: Dorine Bentvelsen (GGD Rotterdam-Rijnmond), Yolanda Cijssouw (BAVO Europoort), Aniek Dane (zorgimpuls), Willy de Haes (GGD Rotterdam-Rijnmond), Janneke Harting (AMC), T. de Hoop (GGD Rotterdam-Rijnmond), Wilma Klaus-Meijjs (GGD Rotterdam-Rijnmond), Jeroen Klijs (Euricur), Matthijs van Muijen (PvdA gemeenteraad), Kathleen Paal (MoveDis), Caroline de Pater (GGD Rotterdam-Rijnmond), Hans Saan (Healthy Alternatives), Jim Schalekamp (GGD Rotterdam-Rijnmond), Yvonne Schikhof (Hogeschool Rotterdam), Arman Voogt (BAVO Europoort) en Henk Vis (GGD Rotterdam-Rijnmond). Onno de Zwart (GGD Rotterdam-Rijnmond) modereert de discussie.

In haar presentatie richt Julia Taylor zich vooral op de organisatie van Healthy Cities Liverpool en de verschillende factoren die van belang zijn gebleken bij het maken van beleid voor gezondheidsbevordering.

Liverpool kent grofweg dezelfde problemen als Rotterdam. De grootste overeenkomst is het feit dat in beide steden de bevolking relatief arm is. Dat Rotterdam veel fietsers en trams heeft, is wel een verschil. Liverpool heeft namelijk weinig fietsers en vele busmaatschappijen die samen erg veel lege bussen laten rijden. De uitstoot daarvan is niet bepaald gezond te noemen.

Liverpool maakt sinds 1986 deel uit van het Healthy Cities netwerk en heeft sinds die tijd verschillende projecten ter bevordering van de gezondheid opgezet en volbracht. Een belangrijk onderdeel hierbij was de evaluatie aan het einde van iedere projectfase. Zo kon geleerd worden van de goede en minder goede kanten van het project. Het huidige beleid is gericht op Local Strategic Partnerships (LSP's), waar economie, ruimtelijke ordening, etc. worden meegenomen in de verdere verbetering van het gezondheidsbeleid.

Tijdens de Masterclass zijn verschillende thema's aan bod gekomen:

Targets

Vraag: worden er targets gesteld? Ja, deze worden vastgelegd in *public service agreements*. Deze targets zijn op nationaal niveau vastgesteld, waarna de LSP'S zelf besluit hier wel of niet in mee te gaan. De targets zijn dus behoorlijk vrijblijvend. Targets zijn zeer geschikt om meer focus in je werkzaamheden te brengen, maar het gevaar bestaat dat je door meetbare doelstellingen het uiteindelijke doel van gezondheidsbevordering uit het oog verliest.

In Liverpool is besloten minder met targets te gaan werken, maar er zijn wel 198 indicatoren voor in de plaats gekomen. Dit heeft te maken met het politieke belang om resultaten te kunnen

tonen. Want waar *health promotion* vooral op de lange termijn werkzaam is, zijn de successen op korte termijn van groot belang voor de politiek die het geld beschikbaar maakt. Sinds een jaar wordt de discussie in Rotterdam gevoerd over hoe de stad op het landelijke gezondheidsgemiddelde te krijgen. Nu deze vraag is geagendeerd wordt direct een andere vraag relevant, namelijk: hoe houden we dit onderwerp over langere periode op de agenda? Want om langere tijd werkzaam en effectief te kunnen zijn is er brede steun nodig voor een ambitieus gezondheidsbeleid.

Politiek

In Liverpool wordt daarom bij ieder nieuw plan rondom *healthy city* een brief bijgevoegd, ondertekend door de belangrijkste politicus van de raad, als bewijs van politieke steun. Voor politici zijn uiteindelijk de mensen van de stad belangrijk. Politici zullen daarom altijd geïnteresseerd blijven in de gezondheid van de burgers. Dit is een belangrijk voordeel bij gezondheidsbevordering. Het helpt daarbij zeer als er een politicus is die zich opwerpt als voorvechter voor een bepaald onderwerp. Zo was de overheid lange tijd terughoudend om rookvrije ruimten te verplichten, totdat een politicus zich hiervoor hard maakte en het voorstel tot een goed einde wist te brengen.

De wisseling van politieke kleur van de overheid, en de gevolgen daarvan voor gezondheidsbeleid ziet Julia Taylor als volgt: het gezondheidsbeleid is als een olympische fakkel die, in dit geval door de GGD, moet worden beschermd tegen de *winds of change* die het gevolg zijn van politieke machtswisselingen. Het is al lastig politici betrokken te houden wanneer alles goed gaat, maar hoe houdt je politici gecommiteerd aan je doelstellingen, wanneer je de targets *niet* haalt? Volgens Julia ligt daarin juist het debat: waarom wordt de gezondheid niet beter nadat we a, b en c doen? Het debat moet dan gaan over wat er dan wél gedaan moet worden om toch het doel te bereiken. Hetzij door iets anders te doen; hetzij door iets extra's te doen. In alle gevallen blijft politieke betrokkenheid van groot belang (het is immers ook in het belang van de politici dat er vooruitgang geboekt wordt).

In Rotterdam is 'de politiek' redelijk tevreden. Mogelijk dat er op korte termijn echter de behoefte ontstaat aan specifiekere doelstellingen. Tot dusver vindt gemeenteraadslid Matthijs van Muijen de goede prioriteiten terug in het uitvoeringsprogramma. In de discussie vraagt Willy de Haes zich echter af of het stellen van targets wel realistisch is. Kun je zeggen dat je binnen tien jaar de depressiviteit met 10% terug brengt? Volgens Taylor dienen politiek, overheid en partnerorganisaties te overleggen over de targets, en open te zijn over de haalbaarheid daarvan.

Willy de Haes wil ook graag meer participatie van burgers zien in de wijken, waarbij hun initiatieven worden gehoord en meegenomen. In dat opzicht zou de nadruk op epidemiologisch onderzoek best wat minder mogen, om meer ruimte te geven aan *participatory research*. Ook Taylor zou graag meer interactie hebben met de mensen over wie gezondheidsbeleid gaat. Maar hoe waardevol kleinschalige projecten ook zijn, politici kunnen ze niet zomaar ondersteunen of groot maken. Politici hebben namelijk meer gegevens nodig voor ze kunnen besluiten over de programma's en projecten die financiële ondersteuning verdienen.

Tot slot dienen beleidsmakers en uitvoerders van gezondheidsbeleid zich ook te realiseren dat zij nooit tevreden zullen zijn, want wanneer een streefbedrag of resultaat is binnen gehaald, worden de bakens verzet naar hogere doelstellingen en meer resultaat.

Prioriteiten

Stronger Communities

Mensen zijn in staat hun eigen leven te verbeteren, en Julia Taylor noemt een aantal voorbeelden waaruit blijkt dat een klein inzicht grote veranderingen kan opleveren. Het is van

groot belang betrokkenheid te genereren, want bij grote betrokkenheid verschuift de aandacht van ziektebestrijding naar bevorderen van *well being*.

Vooruitgang is vooral afhankelijk van wat mensen doen, en veel minder van innovatieve of nieuwe technieken. Verandering van levensstijl is daarom van groot belang. Liverpool richt zich op dit moment op de twintig procent van de bevolking die het minst gezond is. Daar zijn immers de grootste stappen te maken.

Lifetime Approach

In Liverpool wordt gewerkt met verschillende aanpak rondom verschillende leeftijden. Kinderen zijn vaak felle voorvechters van niet-roken, gezond eten etc. vanaf het moment dat ze erachter komen dat het ene slecht, en het andere goed voor jou is. Onderwijs aan jonge kinderen is daarmee vaak erg effectief. Tieners zijn echter weer moeilijk te bereiken, omdat zij vaak risicozoekend gedrag vertonen. Voor volwassenen worden verschillende programma's gemaakt met wisselend succes. En voor 50-plussers staat vooral de vraag voorop hoe deze mensen in beweging te houden.

People Empowerment

Dit is op een praktische manier om arme mensen met weinig *skills* in te laten zien dat zij weldegelijk iets kunnen doen. In een eerste kleinschalige cursus aan tien huisvrouwen werd hen duidelijk gemaakt dat ze als manager van het huishouden en van het budget gezonder konden leven. Een aantal van deze vrouwen wilden na deze cursus stoppen met roken, wat hen lukte door hun vergrootte zelfvertrouwen. Vervolgens startte deze vrouwen een telefonische hulplijn voor mensen in soortgelijke situatie. Zo heeft een kleine cursus grote gevolgen gehad voor de persoonlijke levens van de deelnemers, én de samenleving.

Een ander voorbeeld van de *empowerment* zijn de CHATs: Community Health Ambassadors Teams. Op '*communiversities*' leren bij voorbeeld schoonmaaksters over gezondheid en het geven van voorlichting daarover. Omdat de deelnemers zelf bekend zijn met zwaarlijvigheid en andere gezondheidsproblemen worden hun adviezen gemakkelijker overgenomen dan dezelfde adviezen van 'officiële' hulpverleners.

Corporate Involvement

Sponsoring door bedrijven is ethisch gezien erg lastig, maar veel grote bedrijven hebben wel een afdeling *Corporate and Social Responsibility* waarmee samen kan worden gewerkt, bijvoorbeeld bij acties gericht op de werknemers van dat bedrijf. De tegenstrijdigheid tussen het maken van winst enerzijds, en vage doelstellingen als gezondheidsbevordering anderzijds, blijft een belangrijk verschil tussen werken met bedrijven of met de overheid. Er wordt echter wel geleerd van het bedrijfsleven. Zo is *Social Marketing* op dit moment erg belangrijk.

Supermarkten weten vanwege hun inzicht in koopgedrag ontzettend veel over consumenten. Deze kennis zetten ze in om hun consumenten te beïnvloeden. Ook de boodschap van gezondheidsbevordering kan zo worden verpakt dat verschillende doelgroepen deze gemakkelijker accepteren. Academische bewijzen werken niet voor de verschillende doelgroepen, maar bijvoorbeeld de optredens van Jamie Oliver zorgen er wel voor dat de boodschap gehoord wordt.

Healthy Stadium

Samenwerking is daarnaast ook mogelijk bij een project dat in Rotterdam ook goed zou kunnen vallen: *Healthy Stadia*. De verschillende stadions van Liverpool (voetbal en paardenrennen) doen mee in dit project, waarbij ongezonde gewoonten zo gezond mogelijk worden gemaakt. Het eten van de traditionele (vette) *meatpie* wordt niet perse afgeraden, maar er worden afspraken gemaakt met de cateraars zodat zij hun ongezonde snacks gaan maken met de minst ongezonde ingrediënten.

Rotterdam zou zich nog bij het *Healthy Stadia Network* aan kunnen sluiten. Raadslid Matthijs van Muijen is hier in ieder geval enthousiast over.

Plenaire afsluiting en conclusies

Beide masters hebben een middag lang hun kennis gedeeld met de deelnemers.

Het belangrijkste punt uit de masterclass van Len was dat risicofactoren een slechte basis vormt voor gezondheidsbeleid. Ten eerste weten we niet wat de risicofactoren zijn. Ten tweede, al zouden we dat weten, we hebben geen effectieve manier om te interveniëren. En ten derde, al konden we dat wel, dan zouden er steeds nieuwe individuen komen met dezelfde problemen. Kortom, gezondheidsbeleid gebaseerd op risicofactoren werkt niet, omdat de fundamentele oorzaken buiten beeld blijven.

De vraag waar het in de masterclass om draaide was hoe we dit kunnen veranderen. Het antwoord is naar de mensen luisteren. Om daadwerkelijk de gezondheidssituatie te veranderen moet je actief in contact treden en weten wat er speelt. Daarnaast is het volgens Len noodzakelijk de meeste aandacht op kinderen en jongeren te richten. Voor een duurzame gezondere samenleving te krijgen moet in de vroege jeugd de basis worden gelegd.

Voor onderzoek naar gezondheidsbeleid betekent dit dat opzoek gegaan moet worden naar de fundamentele determinanten van ongezondheid en er combinatieprogramma's opgezet moeten worden. Maar vooral: er moeten geen wonderlijke resultaten verwacht worden. Len is in ieder geval erg onder de indruk van het uitvoeringsprogramma en de inspanning die in Rotterdam gemaakt worden.

Uit de masterclass met Julia is gebleken dat de overeenkomsten tussen Liverpool en Rotterdam erg groot zijn, helaas ook op het gebied van de gezondheidsverwachting. De belangrijkste lessen uit Julia's presentatie waren haar pleidooi voor een verschuiving van centrale organisatie naar *Local Strategic Planning* en daarmee samenhangend haar nadruk op het belang van een goede participatie van de mensen om wie het gaat; de *community participation*.

Op basis van twee ingebrachte casussen werd de groeiende rol van de private sector besproken, met als meest opmerkelijke punten het pleidooi voor een *social marketing concept development*: spreek de doelgroepen van gezondheidsbeleid aan zoals adverteerders dat doen en het idee dat door kleinschalige, veelal private projecten mensen zichzelf kunnen *empoweren* om hun (gezondheids-) situatie te verbeteren.

Ook de betrokkenheid van de politiek werd besproken: naast betrokkenheid op lange termijn moeten doelen worden gesteld voor de korte termijn. Deze doelen dienen procesgeoriënteerd zijn. Zo is in Liverpool besloten beleid te maken gericht op de slechtst presterende 20% van de bevolking, omdat daar de meeste verbeteringen zijn te verwachten. Hier worden niet de risicofactoren bestreden, maar wordt ingezet op *well being*. Ook werd nog een heel praktisch idee aangemerkt: *Healthy Stadia*. Met een nieuw Feyenoord-stadion op komst lijkt dit idee in goede aarde vallen.

Marianne sluit af met alle deelnemers te bedanken voor een zeer interessante en stimulerende middag, en waardeert ieders inzet, in het bijzonder die van beide masters.